

3 1761 11970919 4



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119709194>

41
28
39

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 1

Wednesday, January 25, 1984
Tuesday, January 31, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 1

Le mercredi 25 janvier 1984
Le mardi 31 janvier 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Organization

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Organisation

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

APPEARING:

The Honourable Monique Bégin,
Minister of National Health and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Monique Bégin,
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984



STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Gary F. McCauley
Jim Schroder
David Weatherhead

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Robert Daudlin
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Steven E. Paproski
Svend J. Robinson (*Burnaby*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

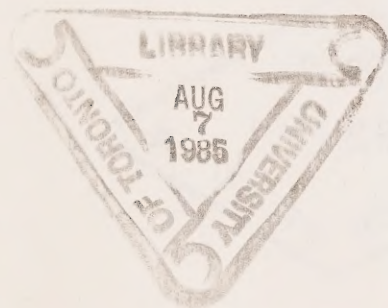
On Wednesday, January 25, 1984:

Herb Breau replaced David Berger;
Dave Dingwall replaced Gilles Marceau;
Claude-André Lachance replaced Peter Lang.

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le mercredi 25 janvier 1984:

Herb Breau remplace David Berger;
Dave Dingwall remplace Gilles Marceau;
Claude-André Lachance remplace Peter Lang.



ORDER OF REFERENCE

Friday, January 20, 1984

ORDERED,—That Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof, be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

ATTEST

ORDRE DE RENVOI

Le vendredi 20 janvier 1984

IL EST ORDONNÉ,—Que le projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence, soit déferé au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

C.B. KOESTER

The Clerk of the House of Commons

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, JANUARY 25, 1984

(1)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:32 o'clock p.m. this day, for the purpose of organization in relation to Standing Order 69(2) and (4)(a).

Members of the Committee present: Messrs. Berger, Blaikie, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. Marceau, McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand and Hudecki.

The Clerk presided over the election of a Chairman.

Mr. Epp, seconded by Mr. Blaikie, moved,—that Mr. Weatherhead do take the Chair of this Committee as Chairman.

The question being put on the motion, it was agreed to and Mr. Weatherhead took the Chair.

Mr. Berger, moved,—that Mr. McCauley be elected Vice-Chairman of this Committee.

The question being put on the motion, it was agreed to.

Mr. McCauley moved,—that the Sub-committee on Agenda and Procedure be composed of the Chairman or Vice-Chairman and four other members: two from the Liberal Party, one from the Progressive Conservative Party, and one from the New Democratic Party.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

Mr. McCauley moved,—that the Committee print 1,000 copies of its *Minutes of Proceedings and Evidence*.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

Mr. Marceau moved,—that the Chairman be authorized to hold meetings, to receive evidence, and to authorize the printing thereof when a quorum is not present, provided that both the Government and Opposition are represented.

Mr. Epp moved,—that the motion be amended by replacing the word "Opposition" by the words "Official Opposition".

After debate, the question being put on the amendment, it was, by a show of hands, agreed to: Yeas: 8; Nays: 1.

The question being put on the motion, as amended, it was agreed to.

At 3:56 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 25 JANVIER 1984

(1)

[Texte]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales tient, ce jour à 15h32, sa séance d'organisation conformément aux articles 69(2) et (4)a du Règlement.

Membres du Comité présents: MM. Berger, Blaikie, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. Marceau, McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand et Hudecki.

Le greffier préside l'élection du président.

M. Epp, appuyé par M. Blaikie, propose,—que M. Weatherhead assume la présidence du Comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée et M. Weatherhead ouvre la séance.

M. Berger, appuyé par M. Allmand, propose,—que M. McCauley soit élu vice-président du Comité.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

M. McCauley propose,—que le sous-comité du programme et de la procédure soit formé du président ou du vice-président et de quatre autres membres: deux du Parti libéral, un du Parti progressiste-conservateur et un du Nouveau parti démocratique.

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée.

M. McCauley propose,—que le Comité fasse imprimer 1 000 exemplaires de ses *Procès-verbaux et témoignages*.

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée.

M. Marceau propose,—que le président soit autorisé à présider des séances, à recevoir des témoignages et en autoriser l'impression en l'absence d'un quorum, pourvu que le gouvernement et l'opposition soient représentés.

M. Epp propose,—que la motion soit modifiée par remplacement du mot «opposition» par les mots «opposition officielle».

Après débat, l'amendement, mis aux voix, est adopté par un vote à main levée par 8 voix contre 1.

La motion modifiée, mise aux voix, est adoptée.

A 15h56, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

TUESDAY, JANUARY 31, 1984

(2)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:40 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance and Robinson (*Burnaby*).

Other Member present: Mr. Foster.

Appearing: The Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare.

The Order of Reference, dated Friday, January 20, 1984, being read as follows:

Ordered,—That Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof, be referred to the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

The Committee began consideration of Bill C-3, Canada Health Act.

Clause 1 was allowed to stand.

The Chairman called Clause 2.

On Clause 2.

The Minister made an opening statement and answered questions.

At 12:30 o'clock p.m., the meeting adjourned to the call of the Chair.

LE MARDI 31 JANVIER 1984

(2)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9h40, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Aussi présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance et Robinson (*Burnaby*).

Autre député présent: M. Foster.

Comparaît: L'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Lecture de l'ordre de renvoi du vendredi 20 janvier 1984 est donnée comme suit:

Il est ordonné,—Que le projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence, soit déferé au Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

Le Comité procède à l'étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé.

L'article 1 est réservé.

Le président met en délibération l'article 2.

Article 2

Le Ministre fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

A 12h30, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Greffier de Comité

Richard Dupuis

Clerk of Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Wednesday, January 25, 1984

• 1531

The Clerk of the Committee: Hon. members, I see a quorum. Pursuant to Standing Orders 69 and 69.(4)(a), your first item of business is to elect a chairman. I am ready to receive motions to that effect.

Mr. Epp: Madam Chairman, in the annals of history, and especially with the importance that the events around this place have for the future of Canada, I think it is always important that we conduct ourselves not only with decorum but also with an eye to the future and how we will be judged. In that sense, I think we cannot be led with any more judicious caution, care, concern for the health of Canadians, for the interest of the provinces in the health care system. That being the case, and having all those priorities in mind, I would like to nominate David Weatherhead.

The Clerk: Seconded?

Mr. Blaikie: It gives me pleasure to second that nomination, Madam Chairperson.

The Clerk: It has been moved by Mr. Epp, seconded by Mr. Blaikie, that Mr. Weatherhead do take the Chair of this committee as Chairman. Is it your pleasure to adopt the said motion?

Some hon. Members: Agreed.

The Clerk: I declare Mr. Weatherhead duly elected chairman of this committee and invite him to take the Chair.

The Chairman: Despite the excellent precedent of Mr. Epp, I will not give a long speech at this particular time, but I do want to thank you for your support this afternoon. We have a busy schedule in the next few weeks with the proposed Canada Health Act, and we will be going on with estimates in the departments that we oversee immediately thereafter. So it is going to be a very busy spring.

I have just a few items of initial, usual business this afternoon. The steering committee will be meeting tomorrow morning to discuss our schedule in the following days.

The next item of business is the election of a vice-chairman. I will ask for nominations for a vice-chairman.

Mr. Berger.

Mr. Berger: Mr. Chairman, without making the same kind of an extravagant presentation as Mr. Epp, I would simply like to nominate Gary McCauley as vice-chairman of the committee.

The Chairman: Is there a seconder for Mr. McCauley's nomination? Mr. Allmand seconds the nomination.

Are there any further nominations? If there are no further nominations, I declare Mr. McCauley elected as the vice-chairman of this committee. Mr. McCauley was the vice-

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mercredi 25 janvier 1984

Le greffier du Comité: Messieurs, nous avons le quorum. Aux termes des articles 69 et 69.(4)a) du Règlement, vous devez commencer par élire un président. Y a-t-il des candidatures?

M. Epp: Vu l'importance de nos activités pour l'avenir du pays, nous devons non seulement respecter un certain décorum, mais également tenir compte de la façon dont l'avenir jugera de nos actions. Afin que la santé des Canadiens et l'intérêt des provinces dans ce domaine continuent à être traités comme des questions de la plus haute priorité, je propose la candidature de M. David Weatherhead.

Le greffier: Quelqu'un voudrait-il appuyer cette candidature?

M. Blaikie: J'ai l'honneur d'appuyer cette candidature.

Le greffier: M. Epp, appuyé par M. Blaikie, propose que M. Weatherhead assume la présidence du Comité. Vous êtes d'accord?

Des voix: D'accord.

Le greffier: M. Weatherhead a été dûment élu président du Comité.

Le président: Contrairement à M. Epp, je ne vais pas faire de longue déclaration, me bornant à vous remercier tous de votre appui. Nous serons fort occupés au cours des quelques semaines à venir, d'abord avec le projet de loi sur la santé, et ensuite avec l'étude des budgets des ministères relevant de notre compétence. Nous aurons donc fort à faire ce printemps.

Je vais commencer par les questions courantes. Le comité de direction se réunira demain matin pour établir le calendrier des travaux pour les journées à venir.

Nous devons maintenant élire un vice-président. Je demanderais des candidatures.

Monsieur Berger.

M. Berger: Sans me lancer dans des extravagances oratoires comme l'a fait M. Epp, je me bornerai à proposer la candidature de M. Gary McCauley au poste de vice-président du Comité.

Le président: Qui est-ce qui appuie cette candidature? La candidature de M. McCauley est appuyée par M. Allmand.

Y a-t-il d'autres candidatures? En l'absence d'autres candidatures, M. McCauley est élu au poste de vice-président du Comité. M. McCauley a déjà assumé ce poste l'an dernier,

[Texte]

chairman last year also, and made an excellent chairman when I was away on other duties from time to time.

The next item is the Subcommittee on Agenda and Procedure, which is commonly known as the steering committee. This was the type of steering committee that we officially had last year: that the Subcommittee on Agenda and Procedure be composed of a chairman or a vice-chairman and four other members—two from the Liberal Party, one from the Progressive Conservative Party, and one from the New Democratic Party. So there would be the chairman or vice-chairman and two Liberals, one Conservative, and one New Democrat.

May I have a motion to that effect, please? It is moved by Gary. Is there a seconder? Seconded by Jim Schroder. Are there any comments or is there any discussion on the motion?

Motion agreed to.

The Chairman: There is also another usual motion, that the distribution office advises that 1,000 copies are required for distribution to senators, members of Parliament, officials, and staff. The motion would be that the committee print 1,000 copies of its *Minutes of Proceedings and Evidence*. May I have a motion to that effect?

• 1535

Mr. Epp: I would like to speak to that after it has been approved, Mr. Chairman.

The Chairman: Yes. May I have a motion to that effect? Mr. McCauley; seconder, Mr. Marceau.

Discussion on the motion. Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I think to have 1,000 copies is fine, for the moment. I do not know what kind of response this committee will get from various groups or individuals who might want either to have information on the Canada Health Act or, in fact, make representation respecting the Bill; therefore, I will vote that the 1,000 copies be acceptable for now. I would just like to place the caveat that, if we find that insufficient, we reconsider.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would agree with Mr. Epp; it could well be that once we get to the witnesses on the Canada Health Act and also into the clause-by-clause, we will have virtually hundreds, if not thousands, more people interested in the minutes of this committee than we could supply with 1,000 copies. So, with that understanding, that is to say, the understanding that we should, if the demand is there, increase it, I would also support the motion as it stands at present.

The Chairman: The clerk informs me that with another motion we can easily decide to increase that number any time we want to do so. Any further discussion?

Motion agreed to.

The Chairman: The other original motion used in organizing the committee last year was that the chairman be authorized to hold meetings to receive evidence and to authorize the printing thereof when a quorum is not present, provided that both the government and the opposition are represented. That

[Traduction]

ce qui lui a donné l'occasion de me remplacer de temps à autre, lorsque j'ai dû m'absenter.

Nous devons maintenant régler la question du Sous-comité du programme et de la procédure, également connu sous l'appellation de comité de direction. L'an dernier, ce sous-comité était constitué du président et du vice-président, ainsi que de quatre autres membres du Comité, à savoir deux représentant le parti libéral, un représentant les conservateurs et un représentant les néo-démocrates. Il y aurait donc le président, le vice-président, deux libéraux, un conservateur et un néo-démocrate.

Quelqu'un voudrait-il proposer cette motion? La motion est proposée par Gary et appuyée par Jim Schroder. Quelqu'un a-t-il quelque chose à dire à ce sujet?

La motion est adoptée.

Le président: Nous devons également demander au bureau de distribution de faire imprimer 1,000 exemplaires de nos comptes rendus à l'intention des sénateurs, des députés, des fonctionnaires et du personnel. La motion stipulerait donc que le Comité fasse imprimer 1,000 exemplaires de ses comptes rendus. Quelqu'un voudrait-il bien proposer cette motion?

M. Epp: Je voudrais dire quelque chose à ce sujet lorsque la motion aura été adoptée.

Le président: D'accord. La motion est proposée par M. McCauley et appuyée par M. Marceau.

Monsieur Epp, au sujet de cette motion.

M. Epp: Pour le moment, 1,000 exemplaires seraient sans doute suffisants. Il est trop tôt pour savoir combien de groupes ou de particuliers s'intéressant au projet de loi sur la santé ou désireux d'intervenir dans le débat tiendront à obtenir le compte rendu de nos discussions. Je présume que pour l'instant, 1,000 exemplaires seront suffisants, quitte à revenir sur ce chiffre par la suite.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: M. Epp a sans doute raison de dire que lorsque nous commencerons l'audition des témoins lors de l'étude de la Loi canadienne sur la santé, et lorsque nous aborderons par la suite l'étude article par article du bill, les 1,000 exemplaires de nos comptes rendus seront sans doute tout à fait insuffisants pour répondre à la demande. J'appuie donc la motion, à condition que ce chiffre soit révisé à la hausse en cas de besoin.

Le président: D'après le greffier, il suffira d'une simple motion pour relever ce chiffre, quand nous le jugerons nécessaire. Y a-t-il d'autres interventions?

La motion est adoptée.

Le président: Il a été convenu, l'an dernier, que le président soit autorisé à entendre les témoins et à faire imprimer les comptes rendus des réunions en l'absence d'un quorum, à condition que le gouvernement et l'opposition soient représentés. Quelqu'un voudrait-il proposer une motion à cet effet? La

[Text]

is what we dealt with last year. May I have a motion to that effect? Mr. Marceau, seconded by Miss MacDonald. Any discussion on that?

Mr. Epp: For clarification, I take it that when you use the word "opposition" you mean either party?

The Chairman: Yes, the way it is worded now, that is what it means, Mr. Epp.

Mr. Epp: That is why I am raising the point. I would like to amend that and put in the word "official", Official Opposition.

The Chairman: Is there any further discussion on the amendment?

Mr. McCauley: How would the motion read, Mr. Chairman?

The Chairman: The motion, as amended, would read that the chairman be authorized to hold meetings to receive evidence and to authorize the printing thereof when a quorum is not present, provided that both the government and the Official Opposition are represented. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just for the record, it is not something about which I would want to make a big deal, because I would hope the committee would not meet unless the Official Opposition were present in any event, just out of good, internal ethics. But it is a fact that the House of Commons has met without the Official Opposition for the duration of an entire question period and no one called into question, or has called into question, the legitimacy of that time that we spent without the presence of the Official Opposition. So, I would have a great deal of, at least, reservation about the committee's making a demand upon itself that the Official Opposition itself did not make upon itself in the House of Commons.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, what is the usual practice?

The Chairman: We went through this last year a bit, if I recall, and my understanding is that the practice does vary from committee to committee.

• 1540

The chart the clerk has given me indicates that... for committees like Agriculture it talks about two Liberals and one opposition member; External Affairs, five members of whom two are from the opposition; Fisheries, the governing party and opposition represented; Justice, chairman or vice-chairman, one Liberal and one opposition member. There are other examples. Transport has a representative from the government and from the Official Opposition, and there would be a lot of other examples, too. I think it is fair to say, though, that both are practised here, and it is just a matter of what the committee wishes to do.

M. Marceau: D'accord.

The Chairman: As Mr. Blaikie says, we ordinarily would not be holding meetings without proper notice and without,

[Translation]

motion est proposée par M. Marceau et appuyée par M^{me} MacDonald. Quelqu'un voudrait-il intervenir à ce sujet?

M. Epp: Par opposition, vous entendez sans doute un des deux partis de l'opposition.

Le président: C'est ce qui est prévu dans le libellé actuel de la motion.

M. Epp: Je voudrais justement modifier ce libellé en précisant: opposition «officielle».

Le président: Y a-t-il d'autres interventions à ce sujet?

M. McCauley: Comment la motion sera-t-elle libellée maintenant?

Le président: La motion, telle que modifiée, stipulerait que le président est autorisé à tenir des audiences pour entendre des témoins et faire imprimer des comptes rendus en l'absence d'un quorum, à condition que le gouvernement et l'opposition officielle soient représentés. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Je présume que, de toute façon, le Comité ne siégerait pas si l'opposition officielle n'était pas représentée. Il n'en reste pas moins que la Chambre des communes a déjà siégé pendant toute une période de questions en l'absence de députés de l'opposition officielle, sans susciter la moindre protestation quant à la légitimité de cette manœuvre. Je ne vois pas pourquoi, dans ces conditions, le Comité s'imposerait des règles que l'opposition officielle ne respecte pas à la Chambre des communes.

M. McCauley: Quelle est la tradition dans ce domaine?

Le président: Cela varie d'un comité à l'autre.

Le greffier vient de me donner un feuillet, et je constate qu'au Comité permanent de l'agriculture, par exemple, il faut deux libéraux et un membre de l'opposition; au Comité permanent des affaires extérieures, cinq membres, dont deux représentants de l'opposition; au Comité permanent des pêches et des forêts, il faut que le parti au pouvoir et l'opposition soient représentés; au Comité permanent de la justice, il faut le président ou le vice-président, un libéral et un membre de l'opposition. Je pourrais donner d'autres exemples. En effet, au Comité permanent des transports, il faut un représentant du gouvernement et un de l'opposition officielle, et la liste est encore longue. On peut donc dire que tout dépend de ce que souhaitent les membres du Comité et que les deux usages ont cours.

Mr. Marceau: Very well.

Le président: Comme le dit M. Blaikie, d'ordinaire, toutes les séances seront annoncées et les trois partis y seront

[Texte]

hopefully, all three parties represented. You can have substitutes if you cannot come yourself, or alternates, but still, particularly when some witnesses are being seen perhaps over a longer period of time, it is useful to be able, to be polite to the witnesses, who have oftentimes come from around the country, to proceed with a minimum of representation from the government and opposition sides. That is really why it is there, as a matter of practice and not for any other reason, but I am in the hands of the committee.

The amendment says we can hold meetings when there is not a quorum provided that both the government and Official Opposition are represented. That is the amendment. Any further discussion on that? Question on the amendment?

Amendment agreed to.

Motion as amended agreed to.

The Chairman: I have had some informal discussions with the official critics of the Progressive Conservatives and the NDP, Mr. Epp and Mr. Blaikie, and with people on the government side and it is proposed that we hold a steering committee meeting at 10.30 a.m. tomorrow in my office. Subject to what the steering committee says, I think we will be prepared to hear the minister and to get into the actual hearings next week.

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Chairman, could I just be advised whether it is the intention . . . ? I realize perhaps this is a steering committee question you will be discussing, but, just for the general direction of the rest of us, will we be holding meetings as a committee in the regular slot system or do you foresee holding a number of meetings over and beyond? It is just that I would sort of like to know beforehand. Having gone through the pension committee, some of us would like to know what the schedule is going to be.

The Chairman: Hopefully, it will not take as long as the pension committee, Miss MacDonald. My personal preference will be to have quite frequent meetings outside the block system, but I think the steering committee should discuss that tomorrow.

Is there any further business at this time?

Mrs. Killens.

Mrs. Killens: I would like you, Mr. Chairman, to clarify who are the standing committee, which members will be sitting on it.

• 1545

The Chairman: I think it may change from time to time, but each party can nominate its own members. But on the Liberal side, I understand to start with it will be the chairman, the vice-chairman, and the parliamentary secretary: three, one, and one. That is what we agreed to a little earlier today.

[Traduction]

représentés, espérons-le. Vous pouvez demander à vos substituts de vous remplacer, mais, tout de même, surtout quand plusieurs séances sont consacrées à l'audition de témoins, par courtoisie à leur égard, il est utile de pouvoir tenir une séance avec un nombre restreint de représentants du gouvernement et des partis de l'opposition, car, souvent, les témoins viennent de très loin. Voilà donc la raison d'être de cette motion, et c'est plus une question d'usage qu'autre chose. C'est à vous de prendre une décision cependant.

L'amendement prévoit que nous pouvons tenir des séances en l'absence de quorum, dans la mesure où le gouvernement et l'opposition officielle sont représentés. C'est là la substance de l'amendement. Voulez-vous en parler davantage? L'amendement est mis aux voix.

L'amendement est adopté.

La motion, telle qu'amendée, est adoptée.

Le président: J'ai consulté officieusement le porte-parole officiels des partis progressiste-conservateur et néo-démocrate, MM. Epp et Blaikie. J'ai consulté également des représentants du parti ministériel, et il est proposé que nous tenions une réunion du comité directeur à 10h30, demain, à mon bureau. Sous réserve des décisions qui seront prises à ce moment-là, nous pourrions entendre le ministre et commencer nos séances la semaine prochaine.

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, pouvez-vous me dire si on a l'intention . . . ? Je me rends bien compte qu'il s'agit peut-être d'une question que vous discuterez en comité directeur, mais j'aimerais néanmoins que vous nous donniez quelques indications. Les séances du Comité se tiendront-elles suivant la grille habituelle, ou prévoyez-vous qu'il y aura des séances supplémentaires? Je voudrais le savoir un peu d'avance. Certains d'entre nous ont siégé au Comité des pensions, et ils voudraient avoir une idée du calendrier.

Le président: Nous espérons que nos travaux ne dureront pas aussi longtemps que ceux du Comité des pensions, mademoiselle MacDonald. Pour ma part, je préférerais des séances assez fréquentes, sans tenir compte de la grille, mais je pense que c'est une question que le comité directeur devrait discuter demain.

Y a-t-il autre chose pour l'instant?

Madame Killens.

Mme Killens: Monsieur le président, pourriez-vous nous dire précisément qui sont les membres du Comité permanent?

Le président: Je pense que la composition du Comité variera de temps en temps, mais chaque parti peut nommer ses propres membres. Pour ce qui est des libéraux, il y aura tout d'abord le président, le vice-président et le secrétaire parlementaire: trois, un et un. C'est ce dont nous sommes convenus un peu plus tôt aujourd'hui.

[Text]

Are there any further questions or comments?

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: On that same question, what are the other requirements respecting substitutions on the steering committee? Does the 24-hour rule apply to that?

The Chairman: I will ask the clerk for a comment on that. The clerk says each party can substitute them as need be, as long as they are a member of the committee to start with. Otherwise the 24-hour rule applies.

Mr. Halliday: Just a supplementary, Mr. Chairman. That would mean that Mr. Blaikie, then, could not be on the steering committee unless he were replaced 24 hours before; right?

The Chairman: The NDP have an alternate too.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: On a point of order, Mr. Chairman: as I understand the rules, to be replaced on the committee you have to have 24 hours' notice. But you could send either the permanent member . . . in the NDP case myself—or the other person who was the alternate to the steering committee at any time, without any prior notice whatsoever.

The Chairman: That is what the clerk just indicated to me. Any further questions? Mr. Epp.

Mr. Epp: I know, Mr. Chairman, this should be discussed at the steering committee meeting, so I am not trying to prejudge what it might decide, but I wonder if we could get a little direction, possibly, from the members of the committee today on this. I wonder how members see witnesses appearing before the committee—and I make this point. The debate in the House was relatively short, and the reasons are resident within each party. The point I make is that if we had the minister reasonably early, and her officials, it is quite conceivable that that could be done as early as next week; yet I am not sure groups that legitimately would want to appear before this committee would have enough preparation time or enough time to—might have enough preparation time but not enough time to schedule their own activities because they have other commitments.

I am just wondering what is the sense of the committee members. Obviously I am showing my bias, that I would not want to see us schedule a number of meetings in very quick succession. You mentioned you would like to work beyond the block system. Then groups who legitimately should have a right to appear before the committee might not be able to because of conflict of schedule. I would like to get some sense from the committee, because obviously the brief I am going to bring to the steering committee tomorrow is that at least it be spaced in such a way that these groups have a better chance rather than less chance to appear before the committee.

[Translation]

Y a-t-il d'autres questions ou d'autres remarques?

Monsieur Halliday.

M. Halliday: À cet égard, quelles sont les conditions pour les substitutions au comité directeur? Est-ce que la règle des 24 heures s'applique dans ce cas-là?

Le président: Permettez-moi de demander l'avis du greffier. Le greffier me dit que chaque parti peut envoyer un substitut au besoin, dans la mesure où cette personne est bien membre du Comité. Dans les autres cas, la règle des 24 heures intervient.

M. Halliday: Monsieur le président, une petite question complémentaire. Cela signifie que M. Blaikie ne pourrait pas siéger au comité directeur, à moins qu'on ait communiqué le nom de son remplaçant 24 heures auparavant, n'est-ce pas?

Le président: Le Nouveau parti démocratique a un substitut également.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'invoque le Règlement. D'après mon interprétation du Règlement, il faut, pour être remplacé au Comité, donner un préavis de 24 heures. Cependant, les partis peuvent être représentés au comité directeur sans aucun préavis, soit par leur membre permanent, et c'est moi dans le cas du Nouveau parti démocratique, soit par la personne qui est désignée comme substitut.

Le président: C'est ce que vient de confirmer le greffier.

Y a-t-il d'autres questions? Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, je me rends bien compte que la question que je vais soulever devrait être discutée en comité directeur. Je n'essaie absolument pas de préjuger de ce que le comité décidera. Cependant, je voudrais, si possible, obtenir quelques indications de la part des membres du Comité aujourd'hui même. Je voudrais savoir ce que les membres du Comité attendent des témoins qui comparaitront . . . Voici où je veux en venir. Le débat à la Chambre a été relativement bref, et chacun des partis avait ses raisons de vouloir qu'il en soit ainsi. Je prétends que si le ministre comparait bientôt, accompagné des fonctionnaires du ministère, cela pourrait très bien se faire la semaine prochaine. Cela signifie que les groupes qui voudraient comparaître n'auraient peut-être pas, à mon avis, assez de temps pour se préparer, ou, s'ils en avaient assez, ils trouveraient peut-être difficile de se libérer pour venir comparaître, étant donné les engagements qu'ils auraient déjà pris.

Quel est le sentiment des membres du Comité là-dessus? Vous voyez évidemment où je veux en venir: je ne voudrais pas que nous fixions toute une série de réunions qui se succéderaient à intervalles rapprochés. Vous avez dit que vous songiez à ne pas vous en tenir à la grille. Il se peut que des groupes dont la comparution serait pleinement justifiée ne puissent pas venir ici à cause d'un conflit d'horaires. Je voudrais que les membres du Comité me disent ce qu'ils en pensent, car j'ai bien l'intention, à la réunion du comité directeur, demain, de réclamer que les séances soient suffisamment espacées pour qu'on puisse arranger le plus possible les groupes qui voudront comparaître.

[Texte]

The Chairman: Mr. Epp, I think some of the main national groups that have been discussed informally have been notified informally that we will want to see them as soon as possible. I think at the steering committee tomorrow we should go into greater detail and just see what the particular responses are from some of the main obvious groups we will be seeing, and also, of course, what other groups we might be considering seeing too. Anything the steering committee proposes or agrees to will have to come back to the committee for approval in any event, and I think rather than talking about the situation in a hypothetical way perhaps we should go into who might be able to come before us more quickly than others, tomorrow, and then see if there are going to be any problems of people who think they are not getting enough time.

Obviously, I think every member on the committee wants to be sure that the main interest groups that would obviously be coming before the committee would have sufficient time. On the other hand, I am sure they have all been also following closely what is happening in the House, since the bill was introduced in December, and they should not be taken completely unawares. In any event, we certainly will not be asking anybody to come down, within reason, before they are prepared to do so.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, you indicated we want to hear the minister. I think if we are going to talk about it, we might as well talk about the groups who would at least want to have the benefit of the minister's testimony and the process which accompanies that: the questions that would be asked of the minister. So, even though they have been notified informally, I think it is reasonable to think they probably would not want to get specific about what they had to say until they had the benefit of access either physically to the questioning of the Minister or to the minutes thereof, if they were unable to be here.

• 1550

I am agreeing, I guess, with the notion that we should, at least at the beginning, pace ourselves, because I think the bill did get referred to committee more quickly than most groups anticipated and they are going to need some time to get ready. Mind you, that would have been the case, in some respects, no matter when the bill went to committee, because there would have been no way of telling them when it was going to go. But they would, nevertheless, have had more time in following the debate, etc., to formulate their own views. So I would caution—caution—as to how hastily we proceed at this point.

The Chairman: Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. I agree that one should have the opportunity to study both the Minister's statement and, as my colleague mentioned, the regulations, which will be available at that time, and I imagine not many of the groups and associations who would want to appear would have the regulations at this point.

[Traduction]

Le président: Monsieur Epp, je pense que les principaux groupes nationaux dont les noms ont été cités ont été avisés officieusement que nous voudrions les entendre le plus tôt possible. Demain, à la réunion du comité directeur, nous verrons cela en détail, et nous étudierons les réponses des principaux groupes que nous entendrons. D'autre part, nous verrons quels sont les autres groupes que nous pourrions envisager d'entendre. De toute façon, toute décision, toute proposition du comité directeur, sera soumise au comité plénier pour approbation, et je pense que plutôt que de se perdre en conjectures, il faudrait, dès demain, voir quels sont les groupes qui pourront comparaître presque tout de suite, et nous nous occuperons ensuite des problèmes éventuels de ceux qui pensent que les délais impartis sont trop courts.

De toute évidence, chacun des membres du Comité veut s'assurer que les principaux groupes dont nous voulons entendre le témoignage disposeront d'assez de temps. Par ailleurs, je suis sûr que les intéressés auront suivi de très près ce qui s'est passé à la Chambre depuis le dépôt du bill, en décembre, et je suis sûr qu'ils ne seront pas pris tout à fait au dépourvu. De toute façon, nous n'exigerons certainement pas que quiconque vienne témoigner avant d'être fin prêt, dans les limites de ce qui est raisonnable cependant.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, vous avez dit que nous voulions entendre le ministre. Cela étant, il conviendrait que les groupes intéressés puissent profiter du témoignage du ministre et de la discussion qui s'ensuivra, c'est-à-dire les questions que nous poserons au ministre. Donc, même si on les a avertis de façon non officielle, on ne devrait pas s'attendre à ce qu'ils se prononcent avant d'avoir pris connaissance du point de vue du ministre.

Je suis d'accord: nous devrions, tout au moins au début, ne pas aller trop vite. En effet, le projet de loi a été renvoyé au Comité plus rapidement que ne le prévoyaient la plupart des groupes intéressés, et il faudra par conséquent donner à ceux-ci le temps de se préparer. Je ne nie pas qu'il nous était impossible de savoir quand le projet de loi serait renvoyé au Comité, mais, de façon générale, les groupes qui désirent témoigner ont d'habitude plus de temps à leur disposition pour suivre les débats et formuler leur position. Je mettrai donc le Comité en garde quant à la rapidité avec laquelle nous devrions procéder.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. Je suis d'accord pour dire qu'on devrait avoir la possibilité d'étudier à la fois la déclaration du ministre, comme l'a mentionné mon collègue, et les règlements qui seront disponibles à ce moment-là. Je suppose que de nombreux groupes et associations qui voudraient comparaître ne disposeraient pas des règlements.

[Text]

But I want to mention something further than that. I know there have been representations made by national associations, groups, and so on, but this is a very major bill. In the pension committee, and in other committees, people had the opportunity to be notified, via the press and so on, to be asked for their views. I know you are not going to be going that route, because it is a different exercise, but I do think there should be some way of making sure, when the steering committee is meeting, that groups and individuals who are not in that national association category also have a way of providing their input into the committee hearings. I think this is such a major issue we are addressing that we should not expect all knowledge to be reposed just in the national organizations, no matter how many members they have. I think you are going to find that there are smaller units who really want to appear before this committee and I do not think they should be denied.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Just on that, Mr. Chairman, again this is something we should do in steering committee and presumably we will.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I am only giving the advice to you.

Mr. Blaikie: So, I give some advice to myself. I think, in that respect, the steering committee probably should consider, and be interested in hearing from, members who are not on the steering committee as to what their advice is to us on this; that is, how we do hear from groups and individuals, for instance, health care experts and health care economists, etc., who would now have an opportunity. Although they have commented many, many times before on medicare in general, they have not had an opportunity to comment on the Canada Health Act in particular, in which we have some very particular and very detailed proposals before us.

So I would think we would be looking at wanting to hear not just from national groups but from a range of experts in the field as to their view of the proposal, but also from a representative group of people from different areas of the country even, because medicare and the problems that affect it break down differently province by province. It is very much an issue that is both federal and provincial.

I do not know what the legal or procedural problems are vis-à-vis this, but we could consider either travelling, so that we could hear people in various provinces, or ways in which we could make it possible for a representative group to appear before us here. I would hope that that is something the steering committee would look at as well.

The Chairman: I am sure it will, Mr. Blaikie. Are there any further comments?

Dr. Hudecki.

[Translation]

J'aimerais mentionner autre chose. Les associations et groupes nationaux ont fait valoir leur point de vue. Cependant, il s'agit ici d'un projet de loi d'une très grande portée. Ce qui s'est passé dans le cas de l'étude des pensions par le comité, et dans d'autres cas également, c'est que la presse a informé le public des audiences auxquelles celui-ci était alors invité à participer. Je sais que l'on ne va pas procéder de la même façon dans ce cas, étant donné qu'il s'agit d'une question différente; cependant, je crois que l'on devrait s'assurer, au comité de direction, que les groupes et particuliers qui ne font pas partie de ces associations dites nationales auront également la possibilité d'apporter leur contribution aux séances de notre Comité. L'importance de la loi canadienne sur la santé est telle que nous ne devrions pas tenir pour acquis que seuls les organismes nationaux ont une contribution valable à faire. Il y a des groupes peut-être plus restreints qui voudront sans doute comparaître, et je ne crois pas que l'on devrait les en empêcher.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: À cet égard, monsieur le président, il s'agit là de quelque chose que nous devrions étudier en comité de direction, et je suppose que c'est ce qui va se passer.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): C'est un simple conseil que je vous donne.

M. Blaikie: Et c'est un simple conseil que je me donne à moi-même. Le comité de direction devrait être prêt à entendre le point de vue des membres qui ne siègent pas à ce sous-comité: comment pourrions-nous être à l'écoute de groupes et de particuliers, spécialistes de la santé, économistes en matière de santé, etc., qui, s'ils se sont prononcés auparavant en ce qui concerne l'assurance-maladie, n'ont pas eu la possibilité de le faire dans le cas de la loi canadienne sur la santé?

Il ne faudrait donc pas uniquement s'en tenir aux points de vue des groupements nationaux; il faudrait entendre les points de vue d'un échantillon de personnes représentant les différentes régions du pays. En effet, la perception de l'assurance-maladie, les problèmes qui s'y rapportent, sont différents selon les provinces. Il s'agit d'une question qui est à la fois fédérale et provinciale.

Je ne sais pas comment nous pourrions nous y prendre, mais nous pourrions peut-être décider de voyager afin de savoir ce que pense la population dans différentes provinces; nous pourrions peut-être également demander à un groupe représentant les différents intérêts de venir comparaître ici. J'espère qu'il s'agit là d'une question que le comité de direction étudiera.

Le président: Très certainement, monsieur Blaikie. Y a-t-il d'autres commentaires?

Monsieur Hudecki.

[Texte]

• 1555

Mr. Hudecki: Are you setting any time limit or limiting it to any particular groups, bodies, individuals? We want as wide a representation as is possible, but within reasonable limits.

The Chairman: The steering committee will be considering all that and we will bring it back to you for further discussion.

Any further discussion at this moment?

Mr. McCauley: I move we adjourn.

The Chairman: Seconder?

The meeting is adjourned to the call of the Chair.

Tuesday, January 31, 1984

• 0938

The Chairman: Order, please. I would ask that the television cameras be removed at the present time.

Thank you very much.

I now call this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order.

We have before us today Bill C-3, the Canada Health Act. We are pleased to have with us the Minister of National Health and Welfare, the Honourable Monique Bégin. Perhaps the Minister would like to introduce the officials and say a few words, then we will go on from there. Madam Minister.

Hon. Monique Bégin (Minister of National Health and Welfare): Thank you, Mr. Chairman. With me this morning are several officials, who are seated at the side of the room. To my immediate left is Dr. Maureen Law, Associate Deputy Minister, Health and Welfare. To my right is Mr. Don MacNaught, from the department—Mr. Medicare.

If you will permit me, Mr. Chairman, I would like to take a few minutes, in lieu of an opening statement, simply to remind my colleagues of the reasons for our debating this morning, and studying, Bill C-3, the proposed Canada Health Act.

• 0940

In late February 1979, the beginning of the so-called medicare crises, it came to my knowledge through a series of questions in the provincial legislature of Ontario, and in the House of Commons of Canada, which pointed out the danger of sudden increased extra billing by doctors, and through the multiplicity of speeches by key politicians, often ministers of finance of the various provinces—and I think that covers probably all the provinces at one point or another—expressing the political will to introduce user fees, or to augment user fees

[Traduction]

M. Hudecki: Avez-vous établi des limites quant à la longueur du débat ou aux groupes, organismes et particuliers qui pourront témoigner? Nous voudrions en effet que nos témoins représentent un échantillon aussi varié que possible, tout en restant évidemment dans les bonnes limites.

Le président: Le comité de direction étudiera toutes ces questions, et nous vous soumettrons ses conclusions afin de pouvoir en discuter davantage.

Y a-t-il d'autres questions?

M. McCauley: Je propose l'ajournement.

Le président: Y a-t-il une personne qui voudrait appuyer cette motion?

La séance est levée.

Le mardi 31 janvier 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je demanderais aux cameramen de la télévision de quitter la salle, s'il vous plaît.

Merci beaucoup.

La séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales est ouverte.

Nous étudions aujourd'hui le projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Nous avons le plaisir d'accueillir le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, l'honorable Monique Bégin. Le ministre voudra peut-être, pour commencer, nous présenter ses hauts fonctionnaires et nous faire une brève déclaration. Madame le ministre.

L'honorable Monique Bégin (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social): Merci, monsieur le président. J'ai avec moi ce matin plusieurs hauts fonctionnaires, qui sont assis de ce côté de la salle. À ma gauche immédiate, M^{me} Maureen Law, sous-ministre associé de la Santé et du Bien-être social. À ma droite, M. Don MacNaught, du ministère... monsieur assurance-maladie.

Si vous me le permettez, monsieur le président, au lieu de vous faire une déclaration liminaire, je prendrai quelques minutes pour rappeler à mes collègues les raisons qui nous ont amenés à discuter et à étudier ce matin le Bill C-3, le projet de loi canadienne sur la santé.

À la fin de février 1979, j'ai pris conscience de ce qu'on appelle la crise de l'assurance-santé à la suite d'une série de questions posées à l'assemblée législative de l'Ontario et à la Chambre des communes du Canada faisant ressortir les dangers d'une surfacturation plus répandue pratiquée par les médecins, et à la suite des nombreux discours prononcés par des politiciens clés, souvent par les ministres des Finances des diverses provinces qui, à un moment ou l'autre, ont probablement tous exprimé la volonté politique d'introduire, d'augmen-

[Text]

or to expand user fees, in the health system. Very rapidly after, on April 1 of that same year, one province created a network of user fees that had never existed before, including user fees for so-called essential services.

And then we witnessed, through many public debates, bilateral meetings between health ministers and myself, federal-provincial meetings . . . We had, I think, if my memory serves me well, at least three federal-provincial meetings of all the ministers on that topic, also three meetings of the deputy ministers, several meetings between officials, and several bilaterals between me and eight provincial ministers of health, arguing whether or not there was a problem of erosion of medicare.

Two major activities took place: the Hall commission and the Breau parliamentary task force, both coming out very clearly and very strongly in favour of strengthening medicare to avoid any erosion. As I said in the House, maybe a case will be made historically that the government acted too fast, which will never be demonstrable, if I may say, but action would have been needed sooner or later.

We waited five years to introduce an act, thinking that negotiations, explanations, public opinion, and simply the recession would control, in a natural way if I may say, the phenomenon of increased extra billing and user fees. To the contrary, the tough economic situation did not act as a regulator, shall I say. It might have done so for a while, for about one year, in 1981-82; but then again, a series of quite provocative decisions, particularly on user fees in some provinces of the country earlier in 1983, pointed out the fact that the problem would not solve itself by *laissez faire* and that better, clearer and tougher rules of the game must apply.

Hence the Canada Health Act, which is based on the five old concepts and conditions that have always ruled what we call, in lay language, medicare, which will, by the way, replace the pieces of legislation which governed up to now, HIDS and the Medical Care Act. These two acts will be replaced by this new Canada Health Act.

This new Canada Health Act repeats all the very well-known rules of the game, with a few exceptions. It adds two clear new rules of the game; namely, extra billing and user fees as breaches of the agreement; it gives them penalties, automatic in these cases, of a dollar for a dollar; it offers an adjustment period of three years; and it clarifies, I think for the best, the process of future possible problems and a channel of resolution of such problems, which I think is much better for medicare in the sense that it will put it more out in the open, for public knowledge, through the floor of the House of Commons and of the Senate. But we will discuss that later when we go clause by clause.

[Translation]

ter ou d'étendre l'application de frais modérateurs dans le système de santé. Très peu de temps après, soit le 1^{er} avril de cette même année, l'une des provinces a créé un nouveau programme de frais modérateurs visant notamment ce qu'il est convenu d'appeler les services essentiels.

Ensuite, il y a eu de nombreux débats publics, des réunions bilatérales entre les ministres de la Santé et moi-même, des conférences fédérales-provinciales . . . Si je me souviens bien, je pense qu'il y a eu au moins trois réunions fédérales-provinciales de tous les ministres sur ce sujet, ainsi que trois réunions des sous-ministres et plusieurs réunions entre hauts fonctionnaires, et plusieurs discussions bilatérales entre moi-même et huit ministres provinciaux de la Santé, pour déterminer s'il y avait effectivement érosion du régime d'assurance-santé.

Deux événements marquants se sont produits: la commission Hall et le groupe de travail parlementaire Breau ont tous deux plaidé très clairement et très fermement en faveur d'un renforcement de l'assurance-santé, pour éviter toute érosion du système. Comme je l'ai déclaré à la Chambre, l'histoire dira peut-être que le gouvernement a agi trop vite, bien qu'il sera toujours impossible de le démontrer, mais de toute façon, des mesures s'imposaient tôt ou tard.

Nous avons attendu cinq ans pour présenter un projet de loi, dans l'espoir que les négociations, les explications, l'opinion publique et simplement la récession réussiraient à contrôler, de manière naturelle, le phénomène de la surfacturation et du ticket modérateur. Contrairement à ce que nous avions pensé, la dure situation économique n'a pas agi comme modérateur, si je puis m'exprimer ainsi. Cela a peut-être fonctionné pendant un certain temps, pendant une période d'un an, en 1981-1982; mais encore là, une série de décisions assez troublantes, portant particulièrement sur les frais modérateurs, prises par certaines provinces du pays au début de 1983 montraient que le problème ne se réglerait pas de lui-même et qu'il fallait établir des règles du jeu plus efficaces, plus claires et plus rigoureuses.

De là l'introduction du projet de loi canadienne sur la santé, qui repose sur les cinq bons vieux principes qui ont toujours régi ce qu'on appelle communément le régime d'assurance-santé, qui, soit dit en passant, remplacera les lois actuellement en vigueur: la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. Ces deux lois seront remplacées par la nouvelle Loi canadienne sur la santé.

Celle-ci reprend toutes les règles du jeu établies, sauf pour quelques exceptions. Elle établit deux nouvelles règles claires: la surfacturation et les frais modérateurs sont désormais interdits et passibles d'une amende automatique d'un dollar pour chaque dollar exigé; elle prévoit une période d'ajustement de trois ans; et elle expose clairement le processus de règlement de problèmes éventuels, ce qui sera beaucoup mieux, je pense, pour le régime d'assurance-santé, dans la mesure où il sera plus exposé à l'opinion publique, par le truchement de la Chambre des communes et du Sénat. Mais nous discuterons de cela plus tard, au moment de l'étude article par article du projet de loi.

[Texte]

[Traduction]

• 0945

The debate on medicare has raised several key issues. I will touch on two or three of them. One is the alleged underfunding of the system. I think this is what I am tempted to call a red herring, but I will not go that far; I will simply say that it is *comment dit-on, de déplacer*. It switched the focus of the debate on an issue which is not recognized as a key issue by experts, although it is difficult really to say what is a fair share of the gross national product in any given country as against health expenditures. But Canada has an excellent reputation for very good management of its money which is put into health. Of course, the system is a huge one and could digest more money, but health economists point out that if it were to be so right now, we would simply perpetuate any inefficiencies of the system.

We still contribute to the provinces on a national basis around 50%, and much more in some of the Atlantic provinces, of what is called "medicare", which means going to the doctors, going to hospitals.

In two provinces, Alberta and British Columbia, our share is slightly under 50% for well-known historical reasons. British Columbia always has had a surplus of doctors—that is, quite a heavy ratio compared to the rest of the country—and that has always been expensive in relation to their health system. Alberta has a special additional burden, I would say, because of the extremely numerous hospitals they have decided to build, and which they have to carry now.

I think I have touched upon the so-called lack of co-operative federalism. You know, to have co-operation it takes two parties and, as I have explained, in the fall of 1982 the then chairman of all the provincial health ministers, the minister from British Columbia, Mr. Nielsen called me in Vancouver and then stated officially that there was no need for any action or any Canada Health Act because there were no problems. So that kind of cuts the possible co-operation. Since then unfortunately we have been often almost in a confrontation situation and then finally agreed to disagree.

I think I will stop my presentation with this comment, Mr. Chairman, and let members ask any questions they wish to.

The Chairman: Thank you, Madam Minister. Before starting the questioning, I would remind you that Miss MacDonald was wondering about the steering committee report, and I thought we might perhaps handle that later today or after we have another steering committee meeting. Certain witnesses have been invited to attend, but we do not have answers yet. The steering committee did not intend to have any further meetings this week but plan a fairly heavy schedule of meetings during the following two weeks.

Madam Minister, am I right in believing you can be with us all morning today.

Le débat sur l'assurance-santé a soulevé plusieurs questions importantes. J'en aborderai deux ou trois. L'une d'elles porte sur la prétendue insuffisance du financement du système. Je suis presque tentée de dire que c'est un faux problème, mais je n'irai pas jusque-là; je dirai simplement qu'on a déplacé la question. On a mis l'accent sur quelque chose que les experts ne considèrent pas comme étant essentiel, bien qu'il soit difficile d'établir ce qui constitue une part équitable du produit national brut de tel ou tel pays consacrée aux dépenses en matière de santé. Mais le Canada jouit d'une excellente réputation en ce qui concerne la gestion des fonds consacrés à la santé. Évidemment, le système est énorme et on pourrait y affecter plus de fonds, mais les économistes en matière de santé estiment que cela perpétuerait simplement les lacunes du système.

Nous payons encore aux provinces environ 50 p. 100, et beaucoup plus dans certaines provinces de l'Atlantique, des coûts du régime d'assurance-santé, ce qui veut dire les soins donnés par les médecins, et dans les hôpitaux.

Dans deux provinces, en Alberta et en Colombie-Britannique, notre contribution est légèrement inférieure à 50 p. 100, pour des raisons qu'on connaît très bien. La Colombie-Britannique a toujours eu un surplus de médecins, c'est-à-dire que le rapport entre médecins et population est très élevé par comparaison au reste du pays, et cela s'est toujours traduit par un régime de santé plus coûteux. L'Alberta a un fardeau additionnel spécial à supporter à cause du nombre très élevé d'hôpitaux qu'elle a décidé de construire et qu'elle est obligée maintenant de soutenir financièrement.

Je pense avoir abordé la question du manque de fédéralisme coopératif. Vous savez, pour qu'il y ait coopération, il faut deux parties et, comme je l'ai expliqué, à l'automne 1982, le président de tous les ministres provinciaux de la Santé, le ministre de la Colombie-Britannique, M. Nielsen, m'a convoquée à Vancouver et a déclaré officiellement qu'aucune mesure ne s'imposait, pas plus qu'une nouvelle Loi canadienne sur la santé, parce qu'il n'y avait pas de problème. Cela élimine presque toute possibilité de coopération. Depuis lors, malheureusement, nous nous sommes souvent retrouvés presque en situation d'affrontement, et nous avons finalement convenu de ne pas nous entendre.

Je pense que je vais m'arrêter sur cette note, monsieur le président, et permettre aux députés de me poser des questions.

Le président: Merci, madame le ministre. Avant de passer aux questions, j'aimerais vous rappeler que M^{lle} MacDonald s'interrogeait au sujet du rapport du comité de direction, et j'ai pensé qu'il vaudrait peut-être mieux en discuter plus tard aujourd'hui, ou après une autre réunion du comité directeur. Certains témoins ont été invités à comparaître, mais nous n'avons pas encore reçu de réponse. Le comité directeur ne prévoyait pas d'autre réunion du Comité cette semaine, mais un calendrier relativement chargé pour les deux semaines à venir.

Madame le ministre, vous êtes avec nous tout l'avant-midi, n'est-ce pas?

[Text]

Madam Bégin: Yes, as long as . . .

The Chairman: Then on that basis, I will let the opening round be for 15 minutes to give a better flow of questioning, and perhaps 10 minutes after that. We will see how that goes.

Mr. Epp, would you like to lead off?

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I have a number of questions to the minister, but I do not intend to make a formal statement. The statements that my colleagues such as Miss MacDonald and Dr. Halliday have made I think clearly spell out the position which the party will take, not only as it has taken in the House but also intends to take in this committee. Mr. Chairman, Madam Minister, why did you call your Halifax conference in September a waste of time?

Madam Bégin: Because I think a discussing of the health system with all the specifics of each of the 10 provinces which so acutely are different from one another it is like 10 health systems linked in a kind of national common market obeying the same basic standards. I must say it is a pity to take government money, go to Halifax, etc., spend two hours, I think it was, at the request of the provinces and simply not be able to discuss the health system at all.

• 0950

Mr. Epp: Madam Minister, I do not believe that is an accurate assessment of that meeting. The meeting was called to discuss the health system; the health system was discussed. You wanted to discuss the proposed Canada Health Act. That is valid; that is fair. But the provinces also wanted to discuss the whole question of funding, and you were quoted as stating that is not your responsibility, that your responsibility is the health bill and the health system, not funding. I just do not understand how you can make the claim that somehow health care is not inextricably wound together with funding, because even today in your statement, you finally, at least, have admitted for the first time publicly that funding is a component of the health care system.

Madam Bégin: I am sorry, I feel like saying you are in the potatoes, as we say in French. I do not understand what you are talking about.

Mr. Foster: It is the same thing.

Madam Bégin: First, you were not in Halifax, with all due respect, and of course, it was an in camera meeting of all the officials and Ministers of Health of Canada. It was a huge meeting, mind you—there were probably hundreds of people—but it was in camera.

So I think you cannot prejudice. I do not think any provincial person told you what went on in that meeting, and I think it is unfair to prejudice that I said this, I said that, or just to go by clippings.

The Chairman: Order! Order, please!

[Translation]

Mme Bégin: Oui, tant que . . .

Le président: Bon; alors, la première ronde de questions sera de 15 minutes, pour permettre une discussion plus suivie, et après cela, chacun aura 10 minutes. Nous verrons comment cela fonctionne.

Monsieur Epp, voudriez-vous commencer?

M. Epp: Merci, monsieur le président. J'ai un certain nombre de questions à poser au ministre, mais je n'ai pas l'intention de faire une déclaration officielle. Mes collègues, M^{lle} MacDonald et M. Halliday, ont exprimé clairement, je pense, dans leur déclaration, la position qu'entend prendre le parti, non seulement à la Chambre, mais aussi en comité. Monsieur le président, madame le ministre, pourquoi avez-vous qualifié la conférence d'Halifax, tenue en septembre dernier, de perte de temps?

Mme Bégin: Parce qu'il est impossible de discuter d'un régime de santé avec chacune des dix provinces, dont les spécificités et particularités sont si marquées; c'est comme dix régimes de santé liés dans un genre de marché commun national régi par les mêmes normes de base. C'est bien dommage d'utiliser les fonds publics pour se rendre passer deux heures à peine à Halifax, à la demande même des provinces, sans pouvoir seulement discuter du régime d'assurance-maladie.

M. Epp: Madame le ministre, je ne crois pas que ce soit là un compte rendu fidèle de cette réunion. Celle-ci a été convoquée pour discuter de l'assurance-maladie, et c'est ce dont on a discuté. Vous, vous vouliez parler du projet de loi sur la santé. Vous en avez le droit, mais les gouvernements provinciaux, eux, voulaient qu'on discute de toute la question du financement, ce à quoi vous avez répliqué que ce n'était pas votre responsabilité, que vous vous occupiez du projet de loi sur la santé et du régime d'assurance-maladie, mais pas du financement. Je ne comprends pas que vous puissiez prétendre que le régime d'assurance-maladie n'est pas intimement relié au financement, car même aujourd'hui dans votre exposé, vous avez finalement admis en public, pour la première fois, que le financement est une composante du régime d'assurance-santé.

Mme Bégin: Je suis désolée, mais j'ai envie de vous dire, comme on dit chez nous, que vous êtes dans les patates. Je ne comprends pas de quoi vous voulez parler.

M. Foster: C'est pareil ici.

Mme Bégin: Premièrement, sauf votre respect, vous n'étiez pas à Halifax, et il s'agissait d'une réunion à huis clos de tous les fonctionnaires et ministres qui s'occupent de la santé au Canada. C'était une assemblée monstre, puisqu'il y avait là des centaines de gens, mais c'était quand même à huis clos.

Je ne crois donc pas que vous puissiez préjuger. Je ne crois pas que quelqu'un d'un gouvernement provincial vous ait raconté ce qui s'est passé, et il serait donc injuste de préjuger de mes propos ou de vous en remettre aux coupures de presse.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît!

[Texte]

Madam Minister and members of the committee, we are starting our first meeting today. Even though it is an intimate situation and there is a tendency to talk directly in the first person to the Minister or the witness and back, I would like both the Minister and the members to address the Chair and refer to the witness in the third person and that sort of thing. I think it keeps the decorum more and it follows the parliamentary procedures without being too stuffy about it. So perhaps you could just address the Chair, both the witness and the members.

Madam Bégin: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: I am sorry, Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, I think it is better if we come back to discussing the proposed Canada Health Act.

I would like to answer through you, Mr. Chairman, that I have very, very often discussed the funding situation of the health system in Canada. I think it is quite unfair, Mr. Chairman, if I may say so, that it would be decided that today is the first time I admit it is part of the health system.

The funding of the health system was renegotiated for the last time between Ministers of Finance in February 1982, I think, for another five years probably, after which time it will be renegotiated, according to tradition. That was accepted by all the parties.

For example, through you, Mr. Chairman, to the member who is questioning me, if we, the federal government, kept 6 and 5, the health system, which we did not do . . . We let it have, as an exception to our programs, its full measure of not only indexation but increase as per the mathematical formula in the financing EPF legislation. If we had decided to cap it, for example, then maybe it would have been fair for provinces to raise the question of underfunding suddenly like that; or if there were any "explosion" of costs due to something very special, which everybody would know about, it would be fair as well. But I think we should not mix up the rhetoric which is part of the political game with the real issues.

The Ministers of Finance of all the provinces accepted the formula less than a year and a half ago, when I went to Halifax, and that was a five-year agreement. Inflation has decreased in the country, not increased, but we are still maintaining far more than the level of indexation in the additional moneys going every year to the provinces. I think, because of that, it is not valid to bring in underfunding as against the proposed Canada Health Act. I do not believe, nor do experts—and we can quote many of them—that there is an underfunding of the health system.

• 0955

I have often said, however, that it will be important for Canadians and for all the health players, that we should soon, for example immediately after the act is passed or something like that, when we can really address other health issues, not

[Traduction]

Madame le ministre et messieurs et mesdames les membres du Comité, c'est notre première séance aujourd'hui. Même si nous ne sommes pas trop nombreux et qu'on a tendance à s'adresser directement au ministre, ou au témoin, et aux députés, je vous rappellerai à tous que vous devez vous adresser au président et toujours parler du témoin à la troisième personne. C'est une question de décorum et cela respecte mieux la procédure parlementaire, sans pour autant être collet monté. Je demande donc à la fois au témoin et aux membres du Comité de s'adresser à la présidence.

Mme Bégin: Merci, monsieur le président.

Le président: Je suis désolé. Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, ce serait préférable d'en revenir à l'étude du projet de loi sur la santé.

Je tiens néanmoins à préciser que j'ai très souvent discuté du financement du régime d'assurance-maladie au Canada. Monsieur le président, il serait très injuste de laisser croire que c'est la première fois aujourd'hui que j'admets que le financement fait partie intégrante du régime d'assurance-maladie.

La dernière renégociation du financement du régime d'assurance-maladie a eu lieu en février 1982 entre les ministres des Finances et, si je ne m'abuse, l'accord sera renégocié dans cinq ans probablement, suivant la tradition. Toutes les parties en ont convenu ainsi.

Par exemple, monsieur le président, le député qui m'interroge me demande si le gouvernement fédéral va maintenir le programme des six et cinq et l'appliquer au régime d'assurance-maladie, ce que nous n'avons pas encore fait . . . Nous avons fait une exception pour le régime d'assurance-maladie, auquel nous avons accordé non seulement la pleine indexation, mais, de surcroît, une augmentation calculée selon la formule mathématique qu'on trouve dans la Loi sur le financement des programmes établis. Si nous avons décidé d'imposer un plafond, les provinces auraient très bien pu se plaindre d'un manque de fonds soudain, comme elles auraient pu le faire s'il y avait eu une escalade des coûts à cause d'un problème très particulier dont tout le monde serait au courant. On ne doit toutefois pas confondre les grands discours, qui font partie du jeu politique, et les problèmes réels.

Les ministres des Finances de toutes les provinces ont accepté la formule, il y a moins de 18 mois, quand je suis allée à Halifax, et l'accord est quinquennal. Le taux d'inflation, au Canada, a diminué, et non pas augmenté, et pourtant, nous versons chaque année aux gouvernements provinciaux un supplément qui dépasse largement le taux d'indexation. Pour cette raison, il est injuste de mentionner le problème d'un manque de fonds en rapport avec la Loi canadienne sur la santé. Je ne crois pas, pas plus que les experts—et nous pouvons en citer plusieurs—que le régime d'assurance-santé soit mal financé.

J'ai toutefois souvent dit qu'il serait important pour les Canadiens et pour tous les intervenants dans le domaine de la santé que, immédiatement après l'adoption du projet de loi, ou le plus tôt possible, dès que nous pourrions nous attaquer

[Text]

money barriers to health, start addressing the state of affairs in Canada of, for example, the new needs of the system to deal with an aging population and, what we call in French, the "third age" of life, etc. These things will have to be offered; that has nothing to do with today's situation and what we are discussing through the Canada Health Act.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I do not want to get into this potato business because I do not particularly feel I am qualified to.

Mr. Breau: You do not know much about . . .

Mr. Epp: Through you, Mr. Chairman, to the minister. The minister says she wants to change the rhetoric and I appreciate that. I would hope that would be the case. I make the point that there is no way you can discuss either the Canada Health Act or health care funding without addressing the funding issue. I will say to you, Mr. Chairman, through you to the minister, that it will be one of the central themes that we shall pursue in the discussion of this Act. I want to get to the point that the minister made about rhetoric. The minister says that there is a crisis in health care, not in funding but in the area of user fees and extra billing. Let us get away from the rhetoric then, Mr. Chairman. Could the minister table now for us the documentary evidence to substantiate that both extra billing and user fees are on the rise and could she give us not only the evidence but also the projections the department has for those two areas?

Madam Bégin: Mr. Chairman, does the member want the amount of user fees and extra billing as of now in the country? I do not understand the question exactly.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I have the figures for user fees and extra billing. What I want from the minister is the evidence, the percentages, that user fees and extra billing constitute as part of the total health care expenditure envelope. I would like that evidence from 1971 to the present, as well as the next five-year projections of the department if the Canada Health Act were not to be passed.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, I am pleased to have the occasion to offer an explanation which I think is key in the debate of extra billing and user fees.

At first, and even recently, some of the players in the health field, people who go at extra billing or user fees, tend to go at it by percentage, a percentage of course, of the total health bill. I would submit to you, Mr. Chairman, that this should not be done. It is a use of a percentage, a use of a statistical technique which is not only meaningless but erroneous in the present circumstances for the understanding of the problem, and I will explain why. If you take the total health system in Canada, I think the public part of it is roughly \$22 billion. I am not talking of denticare etc.; I am giving a rough point of anchorage to continue our discussion. Let us say the public system is a business of roughly \$22 billion. The extra billing

[Translation]

vraiment aux autres problèmes de santé et non pas aux obstacles monétaires à la santé, nous nous intéressons à la situation au Canada, par exemple aux besoins nouveaux du système dus au vieillissement de la population, à ce que nous appelons le troisième âge, etc. Il faudra proposer quelque chose. Cela n'a rien à voir avec la situation actuelle ni avec ce qui fait l'objet du projet de loi canadienne sur la santé.

M. Epp: Monsieur le président, je ne veux pas parler de patates, parce que je ne me sens pas particulièrement compétent.

M. Breau: Vous n'en savez pas très long sur . . .

M. Epp: Ma question, monsieur le président, s'adresse au ministre. Le ministre dit qu'elle veut changer les discours, et c'est très bien. Si seulement c'était vraiment le cas. Je prétends, moi, qu'il est impossible de discuter de cette Loi canadienne sur la santé ou du financement des régimes d'assurance-santé sans mentionner les problèmes de financement. Je signale au ministre que ce sera là l'un des principaux thèmes que nous aborderons pendant l'étude du projet de loi. Je veux aussi faire allusion à ce qu'a dit le ministre à propos des discours politiques. Le ministre dit qu'il y a une crise des soins de santé, non pas à cause du financement des régimes, mais à cause des frais modérateurs et de la surfacturation. Délaissons un peu les discours politiques, monsieur le président. Le ministre pourrait-elle déposer pour notre gouverne la preuve tangible que la surfacturation et les frais modérateurs sont à la hausse et pourrait-elle nous fournir, en plus de cette preuve, les projections faites par le ministère pour ces deux questions?

Mme Bégin: Monsieur le président, le député veut-il connaître le montant des frais modérateurs et de la surfacturation déjà exigés au pays? Je ne saisis pas très bien sa question.

M. Epp: Monsieur le président, je connais déjà le montant des frais modérateurs et de la surfacturation. Je veux que le ministre me fournisse, en pourcentages, la part prouvée que représentent les frais modérateurs et la surfacturation parmi les dépenses totales reliées aux soins de santé. Je voudrais ces chiffres depuis 1971 jusqu'à l'heure actuelle, de même que les projections qu'a faites le ministère pour les cinq prochaines années, si le projet de loi sur la santé n'était pas adopté.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, je suis heureuse d'avoir l'occasion de pouvoir expliquer la clé de tout ce débat sur la surfacturation et les frais modérateurs.

Au début, et dernièrement encore, certains des intervenants dans le domaine déterminaient le montant de la surfacturation ou des frais modérateurs en utilisant un pourcentage donné du total des coûts des soins de santé. Je crois qu'on ne devrait pas agir ainsi. Utiliser ainsi un pourcentage, une technique statistique, ne veut absolument rien dire dans les circonstances actuelles, est erroné, et ne nous permet pas de bien comprendre le problème. Je vous explique pourquoi. Pour l'ensemble des régimes d'assurance-santé du Canada, la part du gouvernement est d'environ 22 milliards de dollars. Je ne parle pas ici des soins dentaires et des soins corollaires. Je vous donne un point de repère qui nous permettra de poursuivre la discussion.

[Texte]

and user fees on that, if expressed in percentage terms, should be percentage terms of something. Some players, for example the CMA, have chosen to express extra billing as a percentage of total doctors' fees; others want to express it or have expressed it, as a percentage of the total health bill, and so on and so forth. Whatever measure you choose—and each of them is highly questionable, I would submit—the percentage is peanuts. It is very, very tiny and is totally meaningless because you take the wrong side of the magnifying glass, if I may say, to look at it. I would submit we should rather start by establishing the facts. The facts are not percentages; they are bucks, they are dollars.

• 1000

They are dollars that are now over \$100 million, at least to our knowledge, because we do not have all the detailed information from the provinces. So that means far more, it is anticipated, than \$100 million, which were only some \$50 million a few years ago when the so-called crisis started. Despite the recession it doubled, or more than doubled, and each of these dollars, which seem so small compared to the total health bill, is a measure that is totally irrelevant to people who have to pay extra charges at the time they are sick, when they have already paid for health at least twice, often three times. They have paid for health through their provincial taxes and their federal taxes everywhere in Canada, and on top of that in three provinces they have paid through a premium. They have already bought themselves insurance for the time they need it, and then suddenly here come the extra billing and user fees, without clear rules of the game, without the citizen knowing his or her rights, and which can be \$6 for a senior or a young couple who do not have it at the time they need the visit to the doctor or to the hospital, or it can be \$200 for an anaesthetist in any operation in Ontario, or almost, and then it can be in far bigger numbers in other cases.

This is exactly what is wrong, and that is why I would submit that using a percentage of the total health bill is irrelevant and misleading.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I did not ask for percentages. What I am asking for—and I make the point, Mr. Chairman—I asked the very same question in my meeting with the officials of the department, and they will recall that question. I said, give me the evidence.

Mr. Breau: I think you already have it.

Mr. Epp: Look, Herb, some day you will be able to answer too.

The Chairman: Mr. Epp has the floor.

Mr. Epp: So, Mr. Chairman, I am asking for the evidence. The minister immediately gets into percentages. I am not

[Traduction]

Disons donc que le régime public coûte environ 22 milliards de dollars. La surfacturation et les frais modérateurs, si on choisit de les déterminer en pourcentage, doivent correspondre à un pourcentage de quelque chose. Certains intervenants, par exemple l'AMC, ont choisi de déterminer la surfacturation en fonction d'un pourcentage du total des honoraires des médecins. D'autres préféreraient que ce soit un pourcentage du total des coûts des soins de santé, etc. Quelle que soit la formule que vous choisissiez, et elles sont toutes très douteuses, à mon avis, le pourcentage est infime, ce qui ne veut donc absolument rien dire, puisqu'on compare quelque chose de très petit à quelque chose d'énorme. C'est comme si l'on prenait un miroir grossissant. Il vaudrait mieux commencer par établir les faits, qui sont non pas des pourcentages, mais de vrais dollars.

Ces dollars représentent aujourd'hui une somme supérieure à 100 millions de dollars, tout au moins d'après ce que nous savons, étant donné que les provinces ne nous transmettent pas toutes les informations à ce sujet. Cela veut donc dire que le problème en question représente bien plus de 100 millions de dollars, alors que cette somme n'était que de 50 millions de dollars il y a quelques années, lorsque tout a commencé. Malgré la récession, cette somme a plus que doublé, et c'est là-dessus qu'il faut se baser, et non pas sur le pourcentage infime qu'elle représente par rapport à la facture médicale globale. Il faut se préoccuper de tous ces Canadiens qui sont obligés de payer un supplément pour se faire soigner, alors qu'ils ont déjà payé leurs primes d'assurance au moins deux, ou même trois fois, par le biais des taxes provinciales, des impôts fédéraux et des primes que trois provinces imposent sur leur territoire. Par conséquent, ces Canadiens ont déjà payé leurs primes d'assurance et, le jour où ils sont malades, ils sont obligés de payer un supplément et des frais modérateurs, sans que les règles du jeu soient bien claires, sans qu'ils sachent quels sont véritablement leurs droits; la personne âgée ou le jeune couple qui se voit soudain imposer un supplément, chez le médecin ou à l'hôpital, n'a pas forcément cet argent-là à sa disposition immédiate. Or, cette somme peut aller de \$6 jusqu'à pratiquement 200 dollars pour un anesthésiste, en Ontario, et même bien plus dans certains cas.

Voilà ce qui ne va pas, et c'est pour cela, à mon avis, qu'il est trompeur et tout à fait mal placé de décrire l'ampleur de ce problème par le simple pourcentage qu'il constitue par rapport à la facture médicale globale.

M. Epp: Monsieur le président, je n'ai pas réclamé des pourcentages. Ce que je demandais plutôt, et je tiens à ce que ce soit bien clair, c'est exactement ce que j'ai demandé aux fonctionnaires du ministère lorsque je les ai rencontrés, à savoir des preuves.

M. Breau: Je crois que vous les avez déjà.

M. Epp: Écoutez, Herb, vous parlerez quand ce sera votre tour.

Le président: C'est M. Epp qui a la parole.

M. Epp: Monsieur le président, lorsque je demande des preuves, le ministre s'embarque immédiatement dans des

[Text]

saying they are valid or not. I am not saying that the numbers are valid or not. I am saying to the minister through you, Mr. Chairman, that she has given us a bill on which she is basing obviously certain evidence. If that evidence is so valid, if it is so foolproof, if it can obviously face the glare of public scrutiny, I say let us have it.

I know the cases as well. I can raise a number of cases about personal hardship, and that is one reason for the support that this party gave to the principle of the bill, but I still want the evidence the minister says is there.

I did not talk about percentages; I did not talk about geometric progressions. She was hoping that would be the only evidence I would have. I say to her and I say to her officials—and we have a whole phalanx of them here—surely they can produce for us, surely they can produce for us and for the Canadian public the documentation on which the department has made that assessment. Surely the minister can give us the documentation on which she went to Cabinet as evidence. What I am asking—and I am simply repeating the question; I do not care that she wants it in percentages and dollar figures—what I want is two things. I want the figures from 1971 to the present on which the bill is based in terms of evidence, and I want the department... Surely the department has a projection. If the Canada Health Act is not passed, if it was not produced and is not passed, what is the projection of user fees and extra billing in five years, ten years, maybe a month? I do not know how they calculate these things, but Mr. Chairman, I say this to you: It is not good enough for me that a minister can come here and say: Here is the act, here is the evidence, the evidence you are using is wrong. And that she can say to us that in the department they have no documentation on which to base their assessment of a crisis taking place. And I say through her to her staff: It is also not good enough when members of Parliament ask for that evidence and the staff says—and I am pleased the associate deputy minister is here—We do not have that evidence.

Mr. Chairman, surely, minimally, we should have that information.

• 1005

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: I think when people check the record they will see that it was referred to percentage as a key concept. The rest of the question did, it is true, speak of projections, but I thought my answer had been complete. I apologize if it was not.

I will explain again—and, by the way, this was often, often put on public record, no need to say.

What we have now and could produce to the committee members is the exact amount of user charges that existed in Canada between 1958 and around 1975-76, which is the

[Translation]

pourcentages. Je ne discute pas de leur validité, je dis simplement au ministre, par votre entremise, monsieur le président, que le projet de loi dont elle nous a saisis est certainement fondé sur des preuves bien précises. Si ces preuves sont valables et particulièrement convaincantes, elles devraient pouvoir subir l'épreuve d'un examen public. Il nous les faut donc.

Je connais parfaitement la situation. Je pourrais vous parler d'un certain nombre de cas où la surfacturation et les frais modérateurs ont causé des difficultés énormes aux personnes qui y ont été assujetties, et c'est la raison pour laquelle notre parti a décidé d'appuyer le principe du bill; malgré tout, j'aimerais quand même pouvoir prendre connaissance des preuves dont le ministre nous a parlé.

Je n'ai jamais parlé de pourcentages ni de progressions géométriques. Elle espérait sans doute que ce serait la seule preuve que j'aurais. J'aimerais donc lui répéter, à elle et à ses collaborateurs, qui sont ici nombreux, qu'il leur est certainement possible de nous transmettre les documents et les preuves qui les ont amenés à nous présenter ce projet de loi. Le ministre peut certainement nous communiquer les documents qu'elle a soumis à ses collègues du Cabinet. Donc, peu m'importe qu'elle parle de pourcentages ou de dollars, je veux deux choses bien précises, à savoir les chiffres sur lesquels le projet de loi se fonde, et ce, de 1971 à aujourd'hui, ainsi que... Le ministère a certainement fait des prévisions. Si la Loi canadienne sur la santé n'est pas adoptée, que deviendront les frais modérateurs et la surfacturation dans cinq ans, 10 ans, ou même un mois? Je ne sais pas comment ils calculent tout cela, monsieur le président, mais franchement, je ne peux pas accepter qu'un ministre me dise: voilà la loi, tenez compte de nos preuves à nous, car les vôtres sont fausses. Elle prétend également, et je ne peux l'accepter, que son ministère n'a fait aucune évaluation de la crise actuelle. Il est donc tout à fait inadmissible, et je m'adresse à elle aussi bien qu'à son personnel—et je suis heureux que le sous-ministre associé soit ici—qu'on nous réponde que ces documents n'existent pas.

Monsieur le président, c'est la moindre des choses que nous ayons ces documents.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Il suffira de consulter le procès-verbal pour se rendre compte que la notion de pourcentage était l'élément clé de la question. Le reste, bien sûr, concernait des prévisions, mais je pensais que ma réponse avait été complète. Si ce n'était pas le cas, je m'en excuse.

Permettez-moi donc alors de vous donner des explications, que j'ai d'ailleurs souvent données publiquement, inutile de vous dire.

Ce que nous avons actuellement et que nous pourrions transmettre aux membres du Comité concerne la somme exacte des frais modérateurs qui ont été imposés au Canada

[Texte]

moment block funding replaced the old cost sharing mechanism. We could find the details for the committee members. Roughly, the totals of user charges during all these years range between \$4 million and \$8 million.

Then we went to block funding. When we went to block funding we no longer received the detailed, accurate total picture of extra billing and user fees. We kept contacts and got a certain degree of information from the provinces, very well complemented by Mr. Justice Emmett Hall's report, in particular, and the report of the Breaux committee, but we should call them estimates as of then because legally there is no detailed reporting of what goes on in the provinces. These figures were often quoted also, and on that I will not be able to give more to the member than what is known: that after block funding came in, or five years ago, it is estimated that the figure of extra charges was in the vicinity of, I think, \$58 million, and it is now estimated, to the best of our knowledge, to be far more than \$100 million.

As to projections, they would not be wise to make. We have adopted a pragmatic approach based on facts—on minimum facts, unfortunately—and not projection, and it is the evidence that Canadians know so well and for which they have decided to support the Canada Health Act.

The Chairman: Mr. Epp, one more question at this time.

Mr. Epp: Thank you. I will . . .

The Chairman: I want to get to Mr. Blaikie after you.

Mr. Epp: Thank you. I just repeat the question: Is the minister saying that she will deny to the committee that information, or is she saying that whatever information the department has she will make available?

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Well, I think I will switch to French and I will be clearer then—and I apologize for my lousy English, by the way.

Mr. Epp: Mr. Chairman, a point of order.

Madam Bégin: I will try to . . .

Mr. Epp: A point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: On a point of order, yes, Mr. Epp.

Mr. Epp: I did not make any reference to the use of either language. I understood what the minister said. I want the record to bear that out. She can use whatever language she wants. That was not any reference I made, and I do not like that kind of inference.

Mme Bégin: Franchement, monsieur le président, les choses se compliquent. Je voudrais simplement . . .

The Chairman: Order, please.

[Traduction]

entre 1958 et 1975-1976, environ, date à laquelle le système du financement en bloc a remplacé l'ancien mécanisme de partage des coûts. Nous pourrions donc vous trouver tous ces détails. Grosso modo, les frais modérateurs imposés pendant toutes ces années représentent une somme se situant entre 4 et 8 millions de dollars.

Ensuite, nous avons instauré le système du financement en bloc. À partir de ce moment-là, nous n'avons plus reçu des données détaillées sur la surfacturation et les frais modérateurs. Certes, nous gardions des contacts et obtenions certaines informations de la part des provinces, qui ont été d'ailleurs très bien complétées par le rapport du juge Emmett Hall, en particulier, et par le rapport du Comité Breaux, mais nous ne devons les considérer que comme des prévisions étant donné qu'il n'y avait aucun mécanisme officiel permettant aux provinces de nous transmettre des données détaillées sur la situation. On estime qu'au moment de l'instauration du système de financement en bloc, c'est-à-dire il y a cinq ans, la surfacturation et les frais modérateurs représentaient environ 58 millions de dollars; aujourd'hui, d'après ce que nous savons, ce chiffre dépasse largement 100 millions de dollars.

Par contre, en ce qui concerne des prévisions, ce ne serait pas une chose prudente à faire. En conséquence, nous avons adopté une approche pragmatique basée sur les faits, des faits très limités, malheureusement, et non pas sur des prévisions, et ce sont ces faits et chiffres qui ont convaincu la population canadienne d'appuyer la Loi canadienne sur la santé.

Le président: Monsieur Epp, ce sera votre dernière question pour l'instant.

M. Epp: Merci. Permettez-moi . . .

Le président: Vous serez suivi de M. Blaikie.

M. Epp: Merci. Permettez-moi alors de répéter ma question: le ministre a-t-elle l'intention de refuser au Comité les documents que nous lui demandons ou bien est-elle prête à nous les transmettre?

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Il va me falloir parler français pour être mieux comprise. Je m'excuse de mon mauvais anglais.

M. Epp: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Mme Bégin: Je vais donc essayer . . .

M. Epp: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: M. Epp invoque le Règlement.

M. Epp: Je n'ai absolument pas fait allusion à la langue employée par le ministre. J'ai parfaitement compris ce qu'elle a dit. J'espère que le procès-verbal le montrera bien. Elle peut employer la langue qui lui plaît. Je n'ai absolument pas fait allusion à cela et je n'aime pas du tout ce genre d'insinuation.

Madam Bégin: Frankly, Mr. Chairman, things are getting very complicated. I only want . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

[Text]

Mr. Epp, I understood that she was really criticizing herself but not anything other than that. That was my inference from the whole thing.

Madam Minister, I do want to get on to Mr. Blaikie; would you answer fairly shortly.

Mme Bégin: Alors, très brièvement, la réponse que j'ai donnée était très claire.

Pour la gouverne des membres du Comité, je déposerai tous les renseignements que nous possédons. Pour les années à frais partagés, soit entre 1958 et 1976-1977, la documentation sera très précise, alors que pour les années suivantes, elle fera état de chiffres estimatifs; toutefois, il n'y aura pas de projections.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: First I would like to say, Mr. Chairman, through you to the minister, that I do not think the government has acted too fast. This is the second occasion on which the minister has almost apologized for acting too soon. In our view, she should have acted a long time ago on this question. So she has no problems at this end of the table with having acted now. It is just regrettable that action was not taken sooner.

• 1010

Secondly, I do not have to be convinced that extra billing is a problem. I know that extra billing is a problem, and all the many thousands of Canadians who have been extra billed since 1979 know that extra billing is a problem. We know that in Ontario and Alberta, and particularly in certain communities, extra billing is a problem, and that is why we have to ask ourselves, if we really want to address what we know is a problem—that is, extra billing—whether or not this bill will in fact deal with extra billing and get rid of extra billing.

That is the question I want to ask the minister because she has been very careful to point out—and I think rightly so . . . that we ought to ask ourselves not what the statistical perception is of any particular problem but what is the human dimension. I ask her: What if the Provinces of Ontario and Alberta, for instance, where we have the highest incidences of extra billing, decide to go the route of statistical perception and perceive that the \$14-million penalty, for instance, that Alberta would suffer under the act as it is now with dollar-for-dollar penalties for extra billing is really only sort of a blip on the fiscal graph as far as Alberta is concerned and they, because of continued ideological attachment to extra billing and user fees, decide that \$14 million is worth the price of philosophical purity as it is understood in Alberta? Albertans who are being extra billed, who are as individuals, as human beings, experiencing that extra billing, will continue to be extra billed.

So I ask the minister: Would she consider, or did she consider, tougher penalties, penalties that would have more likelihood of bringing provinces where there is strong ideological attachment to extra billing and user fees around? If she did

[Translation]

Monsieur Epp, d'après ce que j'ai compris, elle se critiquait elle-même, mais rien de plus. C'est ce que j'ai compris.

Madame le ministre, je voudrais donner la parole à M. Blaikie mais, auparavant, je vais vous demander de donner une brève réponse à M. Epp.

Madam Bégin: I will be very short. The answer I gave a little earlier was very clear.

For the information of the members of this committee, I will table all the documents we have. For the cost sharing years, that is between 1958 and 1976-1977, the documentation will be very detailed; yet, for the following years, the figures will be only estimates, but there will not be any projections.

M. Epp: Merci Monsieur le président.

Le président: M. Blaikie.

M. Blaikie: Je tiens d'abord à préciser par votre intermédiaire, au Ministre, qu'à mon avis le gouvernement n'a pas apporté une hâte excessive à son action. C'est la seconde fois que le Ministre s'excuse presque d'être intervenue trop tôt. À notre avis, voilà longtemps qu'elle aurait dû s'en mêler. Donc, elle n'a pas à se reprocher d'avoir pris des mesures maintenant. Mais c'est regrettable qu'on n'ait pas décidé d'agir plus tôt.

Deuxièmement, je n'ai pas besoin d'être convaincu que la surfacturation pose un problème. Je sais très bien que c'est un problème et les milliers de Canadiens qui en ont été les victimes depuis 1979 savent très bien aussi que c'est un problème. Nous le savons en Ontario et en Alberta, et surtout dans certaines collectivités, et c'est justement pourquoi nous devons nous demander si nous tenons absolument à régler le problème de la surfacturation et si ce projet de loi nous permettra effectivement de l'éliminer.

Voilà la question que j'aimerais poser au ministre car elle a pris soin de signaler—avec raison, d'après moi—que nous devrions tenir compte non pas des statistiques mais plutôt de l'aspect humain du problème. J'aimerais donc lui poser la question suivante: que se passerait-il, par exemple, si les provinces de l'Ontario et de l'Alberta, où le taux de surfacturation est le plus élevé, décidaient de ne tenir compte que des statistiques et si, par exemple, la province de l'Alberta décidait que la pénalité de 14 millions de dollars qu'elle aurait à subir ne représentait pas une somme très importante à son avis et que cela valait la peine de perdre ces 14 millions de dollars pour respecter un principe philosophique tel qu'on l'entend en Alberta? Eh bien, les habitants de l'Alberta, des êtres humains, qui sont maintenant les victimes de la surfacturation continueraient donc d'en être les victimes.

J'aimerais donc savoir si madame le ministre serait prête à examiner la possibilité d'appliquer des pénalités encore plus sévères qui auraient pour effet de convaincre les provinces qui appuient fermement la surfacturation et les frais modérateurs

[Texte]

not consider them before the bill was drafted, would she consider them now? What would she do after the three-year period if these provinces continued to allow extra billing and user fees?

And why the three-year period? Why did the government decide on a three-year period? A number of questions have been raised about that by different groups who are concerned. There is a concern that it is simply putting off the day when we will have to face up to the question.

I am hopeful, of course, that if the bill stays as it is it will work. I think there will be some political and symbolic value to a national consensus against extra billing and user fees. But if we do run into continued and determined resistance against this consensus in Alberta and Ontario, for instance, and maybe in other provinces as well, what does the minister propose to do?

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, through you to the questioner, yes, we did study all possible techniques permitted to the federal government, in the Constitution, in the jurisdiction, which of course in the field of health belongs to the provinces, in which we are by tradition, simply. Other than the existing bill, we did consider much bigger or a slightly bigger range of penalties. All of these options were studied very carefully. We believe the bill is conceived around a pragmatic approach that will work—but gradually, not necessarily all at once, of course.

We are very conscious that we have to deal with an institution made of several key players: we are one of them; the provinces are one of them; the doctors are one of them, and so on and so forth. Each of them can block the system, but one controls the system. We were very conscious of that, and it is in that light that we are proposing penalties small enough never to disrupt the system but big enough to be meaningful to the provinces. I am sorry to be that blunt.

Why three years?

We studied if it should be total and immediate; but of course that was rejected rapidly because of the need for the system to adjust, for the provinces to adjust, to difficult reality. We considered a one-year period; but again, some of the contracts between, for example, two players such as the medical association of province x—and I think Ontario is one of them. The contracts are three-year contracts and expire in 1987. So we think the social contract should be respected, if I may say, and new rules of the game brought in in due time, but without disruption of services. That has always been the objective: no disruption of services.

[Traduction]

que ce n'est pas une bonne idée? Si elle n'a pas tenu compte de cette possibilité avant la rédaction du projet de loi, serait-elle maintenant prête à en tenir compte? Qu'est-ce qu'elle a l'intention de faire, une fois que la période de trois ans aura pris fin, si ces provinces continuent de permettre la surfacturation et les frais modérateurs?

D'ailleurs, pourquoi a-t-on choisi une période de trois ans? Pourquoi le gouvernement a-t-il décidé d'adopter une telle période? Un certain nombre de groupes intéressés ont soulevé cette question car ils s'inquiètent de la possibilité que l'on reporte à plus tard le moment de régler ce problème une fois pour toutes.

Certes, j'espère que le projet de loi aura l'effet escompté s'il reste inchangé. Je suis sûr qu'un consensus national en faveur de l'élimination de la surfacturation et des frais modérateurs aura une valeur politique et symbolique. Mais si jamais les provinces de l'Alberta et de l'Ontario, par exemple, ou peut-être d'autres provinces aussi, voulaient résister à tout prix à ce consensus, qu'est-ce que le ministre entend faire?

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, pour répondre à la question de l'intervenant, nous avons effectivement étudié toutes les possibilités qui s'offrent au gouvernement fédéral aux termes de la Constitution, et selon celle-ci, l'assurance-santé relève des provinces, même si nous y participons par simple tradition. À part ce qui est proposé dans le projet de loi, nous avons examiné la possibilité d'infliger des pénalités plus sévères ou d'avoir un plus grand nombre de pénalités. Nous avons étudié très soigneusement toutes les options. Nous estimons que le projet de loi se fonde sur une approche pragmatique qui donnera des résultats—peut-être pas tout de suite, bien sûr, mais à la longue.

Nous savons que nous avons affaire à une institution où plusieurs groupes jouent un rôle clé: nous représentons l'un des groupes; les provinces, un autre; les médecins, encore un autre, etc. Chacun de ces groupes a les moyens d'entraver le système, mais il n'y en a qu'un qui le contrôle. D'ailleurs, nous en sommes très conscients et c'est pour cela justement que nous proposons d'infliger des pénalités qui auront une incidence sur les provinces sans pour autant entraver le fonctionnement du système. Excusez ma franchise.

Pourquoi trois ans?

Nous nous sommes demandés s'il fallait que ce soit global et immédiat; mais, bien sûr, nous avons tout de suite rejeté cette possibilité à cause du besoin de permettre au système et aux provinces de s'accommoder d'une réalité difficile. Nous avons examiné la possibilité d'avoir une période d'un an; mais, encore une fois, certains des contrats passés entre l'association médicale d'une province—je crois que l'Ontario en est une—sont des contrats de trois ans qui prennent fin en 1987. Nous estimons qu'il faut respecter le contrat social, pour ainsi dire, et appliquer progressivement de nouvelles règles sans interrompre la prestation de services. D'ailleurs, notre objectif a toujours été de ne pas interrompre la prestation de services.

[Text]

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I wondered what the reason for the three-year period was. I had heard that was the reason and I wanted to have that on the record. It is interesting to hear the minister and others talking about the sanctity of contract. I wish they had regarded the two-year contract the railroaders signed with the CNR and the CPR with the same kind of piety when they brought in 6 and 5, or various other contracts that were broken under the 6 and 5 program. Now we have a doctors' contract in various provinces—I believe Ontario is the province where the three-year contract is—and the whole medicare system has to bide its time so that contracts with doctors may not be broken; whereas if it happens to be railroaders it is a different story. So I find that reason for the three-year period offensive, Mr. Chairman, and we will be having more to say about that when we get to that part of the bill.

I would like to ask the minister for a clarification of how she sees this bill acting on the way provinces collect premiums and on the way they provide health services to those who do not pay premiums for one reason or another. Does the bill in the minister's understanding mean that no province, if it wants to be in keeping with the terms of the Canada Health Act, will be able to deny coverage to any citizen of Canada on the basis that they have not paid their premium? That is to say, if the province wants to continue to collect premiums, it can collect them on a voluntary basis, or they can collect them and those people who do not pay them can be made to pay their premiums in some other way—in the same way that they might be made to pay their taxes, for instance—but they would not be denied health services on the basis that they had not paid the premium. Is this the way the government understands universality as it is laid out in the bill, and is that what provinces will be expected to do if they are to avoid the discretionary penalties that are provided for in the act?

Madam Bégin: According to the constitutional rules of the game of the various jurisdictions, premiums are associated with tax measures and are provincial in nature. We therefore did not address the question of premiums in the bill in a direct way.

If I change hats and assume the hat of welfare minister, or social policy minister, I will comment that premiums are a regressive way of raising money from people, because they hit small or big people in the same way; they do not take circumstances into account. But the bill does not address that, and cannot address that.

Premiums for us become a problem in people having access to the system when services are linked to them. So what we are saying is that after all these years it is now time for 100% coverage of all the people in a given province who should have medicare coverage. That means indirectly, for the provinces that have premiums, they can keep their system. Although I

[Translation]

M. Blaikie: Monsieur le président, je me demandais pourquoi on avait choisi une période de trois ans. On m'avait dit que c'était bien cela la raison, mais je voulais que ce soit consigné au procès-verbal. Il est intéressant de noter que le ministre et d'autres parlent du besoin de respecter les contrats. J'aurais aimé qu'ils fassent preuve du même genre de respect vis-à-vis des contrats de deux ans signés avec les travailleurs de CNR et CPR au moment d'appliquer le programme des 6 et 5. Or, toutes sortes de contrats n'ont pas été respectés lorsqu'on a établi le programme des 6 et 5. Maintenant, nous avons un contrat avec les médecins dans diverses provinces—je crois que la province de l'Ontario a un contrat de trois ans—et, par conséquent, tout le système d'assurance-santé devra patienter pour ne pas violer les contrats passés avec les médecins, alors que pour les cheminots, c'est une autre histoire. Pour cette raison, monsieur le président, le choix d'une période de trois ans me paraît inappropriée, et nous avons l'intention d'en dire plus long au moment de la discussion des articles appropriés du projet de loi.

Je voudrais maintenant demander au ministre de nous expliquer l'incidence de ce projet de loi sur la façon dont les provinces perçoivent les primes et sur la prestation de services de santé à ceux qui ne paient pas de primes pour une raison ou une autre. Aux termes du projet de loi, selon le ministre, est-il vrai qu'une province, si elle veut respecter la Loi canadienne sur la santé, ne pourra refuser d'offrir des services à n'importe quel citoyen du Canada si celui-ci n'a pas payé ses primes? Autrement dit, si une province veut continuer à percevoir des primes, elle devra le faire en misant sur leur bonne volonté ou alors trouver d'autres moyens de les obliger à les payer—par exemple, comme on fait pour obliger les gens à payer leurs impôts—sans pour autant refuser de leur donner des services de santé parce qu'ils n'ont pas payé leurs primes. Est-ce de cette façon que le gouvernement comprend le terme universalité, tel qu'utilisé dans le projet de loi, et est-ce de cette façon-là que les provinces devront procéder si elles veulent éviter de se faire infliger les pénalités discrétionnaires qui sont prévues par le projet de loi?

Mme Bégin: Selon les règles du jeu, telles qu'énoncées dans la Constitution, les primes sont considérées comme des mesures fiscales et relèvent des provinces. Nous n'avons donc pas touché à la question des primes de façon directe dans ce projet de loi.

Si vous me permettez de changer de fonction pendant quelques instants pour parler à titre de ministre responsable de la politique sociale, je vous ferai observer que les primes constituent une façon régressive de percevoir des fonds, car elles ont le même effet sur les nantis que sur les moins bien nantis; elles ne tiennent pas compte de la situation de chacun. Mais le projet de loi n'aborde pas cette question, il ne peut pas le faire.

Pour nous, les primes représentent un problème lorsque leur paiement est rattaché à la prestation de services. Par conséquent, nous prétendons qu'après si longtemps, le moment est maintenant arrivé d'assurer intégralement tous les habitants d'une province donnée qui ont droit à l'assurance-santé. Cela veut dire que les provinces qui perçoivent des primes peuvent

[Texte]

must say it is an expensive administrative system to collect funds, we are not prohibiting it. However, the lack of paying premiums cannot be associated with a refusal of services in any shape or form. In other words, the person who has not paid his or her taxes—and you must of course pay them, because everyone has to pay their fair share—is not penalized and refused health services, although taxes are by far the biggest source of funds for health and medicare. In the same fashion, premium collection should be done in whatever way the provinces want, but it should not be linked to receiving services.

• 1020

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would like to go to the funding question. I will begin by saying that there is a way of raising the funding question in a manner whereby one is neither a surrogate for the provinces nor, necessarily, in agreement with The Canadian Medical Association's view of the under-funding problem. We do have funding problems insofar as we need to have a debate, and we need to have some leadership in this country regarding the allocation of the health-care dollars which we are spending now, and as regards the difficulty in meeting the health care expectations which Canadians have within the existing medical model. So there are problems then.

Now I have had this argument with the minister before. I do not think it is useful to pretend that there are not these difficult questions to face up to. That leaves the under-funding territory in the argument so to speak, or in the debate to the provinces, and to The Canadian Medical Association. I do not think either of them come at it the right way. So I think the federal government and everyone else who is interested in this issue has a responsibility to get into the under-funding argument and not try and practice the politics of denial and push it away.

This is one of the disappointments that many people have with the Canada Health Act. It does not begin the process of changing the way health care moneys are allocated, nor does it begin a debate... although it may become the occasion for that I hope... about how our health care system could be changed. So I would like to ask the minister this question. Was any consideration given, for instance, to meeting the requests of the Canadian Nurses Association, for instance, that action be taken at the federal level through the Canada Health Act to facilitate more points of entry into the health care system? Why could there not have been a kind of happy combination of trying to meet some of the funding questions and the need for change in the health care system by providing positive incentives to provinces which wanted to act quickly on extra billing and user fees by making special moneys available to them? I mean, for instance, for the experimentation with and pioneering of new health care models which would have the effect of addressing some of these long-term health-care-dollar allocation problems? Why do we only have before us what is basically an attempt to address only one of three areas

[Traduction]

continuer à le faire. Bien qu'il s'agisse d'un système administratif très coûteux, à mon avis, du moins, nous n'avons pas l'intention de le proscrire. Par contre, le fait de ne pas avoir payé ces primes ne permettra pas aux provinces de refuser l'offre de services de quelque façon que ce soit. Autrement dit, celui qui n'a pas payé ses impôts—et, bien sûr, il faut les payer, car chacun doit payer sa part—ne se fait pas refuser la prestation de services de santé, même si les impôts représentent de loin la source la plus importante de fonds pour les services de santé. De même, la perception de primes pourra être faite selon la méthode choisie par les provinces, mais elle ne sera nullement rattachée à la prestation de services.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je voudrais soulever la question des modalités de financement. Ce problème peut être abordé sans que l'on opte nécessairement pour le point de vue des provinces ou celui de l'Association canadienne des médecins qui estime que les crédits sont insuffisants. La question mérite certainement qu'on en discute et il va falloir se décider quant à la répartition des crédits réservés aux soins de santé ainsi qu'aux difficultés que l'actuel système suscite au plan des soins de santé des citoyens.

J'ai déjà eu l'occasion de discuter de ce problème avec le ministre, car il est inutile d'essayer de le camoufler, ce qui aurait pour effet de laisser le champ libre aux provinces et à l'Association canadienne des médecins pour régler le problème du manque de crédits. Or, j'estime que ces dernières font fausse route. C'est pourquoi le gouvernement fédéral ainsi que toutes les parties intéressées doivent au contraire attaquer le problème de front plutôt que d'essayer de l'ignorer.

C'est dans ce sens que la Loi canadienne sur la santé nous a déçus, la modification des modalités d'attribution des crédits de santé n'y ayant même pas été abordée pas plus que la façon de changer le système de soins de santé dans son ensemble. C'est pourquoi je voudrais savoir si on a tenu compte de la requête de l'Association canadienne des infirmières invitant le gouvernement fédéral à multiplier les possibilités d'accès aux soins de santé. On aurait pu tout en essayant de régler la question des crédits aborder également celle des changements nécessaires dans l'ensemble du système en accordant des crédits spéciaux aux provinces qui accepteraient d'agir sans tarder pour freiner la surfacturation et les frais modérateurs. On aurait pu également étudier des projets pilotes susceptibles de résoudre les difficultés financières à long terme de notre système de soins de santé. En fait, vous n'avez cherché à régler dans ce projet de loi qu'un des trois problèmes qui se posent.

[Text]

of the problem? We have the principles of medicare being addressed but not the funding nor the model, health care model questions being addressed.

Madam Bégin: Mr. Chairman, we are very conscious of the need... well, I think it is fair to say that it is the federal government through one of my predecessors who launched the debate not only nationally but internationally, and it is now quite recognized all over the world through new perspectives for health of Canadians. I mean, yes, the system must be re-oriented or must re-orient itself, more and more towards health promotion and prevention instead of the heavily curative dimension it still has here and there. Some good work has already been done in that direction. We are very conscious of it, and we expressed it through the only means we have which is the preamble to the bill.

But the health system in its management; in its orientation, in its thrust, et cetera, is a provincial jurisdiction. We—the feds—are not in that business. We might wish we were, but we are not. We are in health in the first place because of historical offers and counter-proposals and deals by which we pay around 50% of the so-called medicare bill. That is why we are speaking of it here in this House of Commons. Otherwise, we would not, because in terms of the Constitution it is not a field in which we have any direct power or jurisdiction. This applies when many groups of health workers and key groups like the health nurses—whom I think you will receive before the committee as I understand the committee has invited them to appear—want the system to move faster towards more points of entry, et cetera, orientations which are more what we want for the health system it being more heavily biased in favour of health than disease. We, the feds, through any act, including this one, cannot do it. So we have, for years, done it through pilot projects, demonstration projects, etc., etc., to help groups all over the country who have something new to offer, hoping that others will steal the model and it will develop more and more.

• 1025

Another dimension of the question, I think it is fair to say, Mr. Chairman, is that we could have done it if we had had more money. That means buying the provinces. At the same time, some want to take us to court because we are not minding our own business—we have no business in health, but everyone wants the feds' money. That is the real truth, I think it is fair to say.

Well, these years are not years of money for anybody. The system has not been capped, it is receiving full augmentation. I think that is remarkable and of great importance. I take it for granted that it is not the time and it is not realistic to say: Wait until we have better years, better economic years—I do not know how long it will take, a few more years, to have the recession completely behind us—and then we will fix the problem. I think that is unfair. I do not think it should have been done and we did not choose that course. We decided on a modest bill—I have often explained that to groups who are less familiar, maybe, with the health system... a very modest, limited bill, in which we are just saying that we do not want

[Translation]

Mme Bégin: Nous sommes tous parfaitement conscients de la nécessité de pareils débats. D'ailleurs, c'est un de mes prédécesseurs qui a lancé le débat non seulement au plan national mais également au plan international. En effet, il va falloir insister davantage à l'avenir sur la prévention et sur la promotion de la santé. Certains progrès ont déjà été réalisés dont il est d'ailleurs fait état dans le préambule du projet de loi.

Il ne faut toutefois pas oublier que la gestion et l'orientation du système de santé sont de compétence provinciale et non pas fédérale. Nous sommes impliqués dans l'affaire pour autant que nous payons environ 50 p. 100 de la facture médicale, car, au plan strictement constitutionnel, les soins de santé ne sont pas de compétence fédérale. Aussi bien lorsque des témoins comme l'Association des infirmières qui doit comparaître devant le Comité exigent la multiplication des points d'accès au système de soins de santé et d'autres mesures propres à infléchir le système vers la prévention, nous ne pouvons pas agir directement. C'est un domaine dans lequel le gouvernement fédéral n'est pas habilité à légiférer. Nous avons par contre lancé toute une série de projets pilotes pour encourager et promouvoir l'innovation dans ce secteur.

Par ailleurs, nous aurions peut-être pu faire davantage si nous avions eu des moyens plus importants. Il ne faut cependant pas oublier que les provinces nous accusent de nous immiscer dans leurs affaires, tout en exigeant de l'argent à cor et à cri.

Malgré la conjoncture difficile, les versements au Régime de soins de santé n'ont nullement été plafonnés, bien au contraire, ce qui mériterait d'être souligné. Il n'était pas question en effet dans ce domaine d'attendre que la récession soit devenue une chose du passé. Nous avons donc opté pour une autre solution, à savoir un projet de loi aux ambitions limitées ayant pour objet de supprimer les obstacles à l'accès au système de soins de santé. Par contre, nous ne sommes pas habilités à spécifier diverses modalités pratiques qui sont de ressort provincial. On aurait sans doute pu faire davantage en période de vaches grasses, mais malheureusement nous traversons une période de vaches maigres.

[Texte]

barriers in the door, right there behind the chairman, to enter into the health system. What we are not discussing is what is in the next room, how many tables and where, what colours and what chairs and what not; that, we are not discussing. I regret it, but we do not have the power to do it. I think—and these are personal views I am expressing, as a Minister—in fields like that, with far more money, new deals could come into existence, but these are not rich years for anybody.

So, I think it is urgent and important for all of us in the health field to start addressing . . . That is why I thought the CMA task force had such a good new mandate, asking the public and the key health players what the needs for the next step are, the new needs, if I may say so, in particular those of an aging population.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, the answer of the Minister as to why she cannot move the health care system along towards the health care system of the future, in which we have a model less dominated by physicians, which has more points of entry, which is more community based and preventive, etc., etc., is simply not good enough. The federal government has shown leadership in the past. Medicare is a federal-provincial partnership, whether the Minister likes it or not. It always has been, from the beginning. In the parliamentary task force on federal-provincial fiscal arrangements, one of the things we concluded was that medicare was an act of federal-provincial partnership, that Canadians everywhere expected the federal government to be actively involved and concerned about the quality of their health care system and the directions in which it was going. It is not just a matter of historical contingency that the federal government is involved in medicare; it is the way the program has evolved and it is the way Canadians want to see it stay. I think it is a cop-out for the Minister simply to wash her hands of the responsibility to help the health care system along the way into a better future.

The Minister could do a lot in that direction. She talks about money: she could bring back some of the money that was cut in April, 1982, when, contrary to what she said earlier this year, the next five-year arrangement was unilaterally arrived at—unilaterally arrived at. It was amusing, to say the least, to hear her talk about the period of 1982-1987 being renegotiated. It was not renegotiated; it was decided by the federal government that the money for the compensation, or the termination of the revenue guarantee, would be removed. So let us have a little honesty in that respect.

That is not to say that the provinces are not culpable themselves, in so many ways, for the erosion of medicare; but the Minister is copping out when she says that she could not have done anything in this Bill. There are people who saw this Canada Health Act; they waited five years to have some action taken. The Minister has missed, and it seems as though she is going to continue to miss, a golden opportunity to do more than just address extra and user fees, to address the host of problems that face health care in Canada. It is disappointing that we have to look elsewhere than to the federal government.

[Traduction]

Il y a en effet toute une série de problèmes qu'il va falloir régler. Aussi bien je me félicite du groupe de travail de l'Association canadienne des médecins qui invite le public aussi bien que les spécialistes à examiner la situation, compte tenu du vieillissement de la population.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, tout cela n'explique pas pourquoi le gouvernement n'a rien fait pour orienter le système vers la médecine de l'avenir, système qui sera moins dominé par les médecins, multipliera les points d'accès et insistera davantage sur la prévention. Le gouvernement fédéral a assumé ses responsabilités par le passé. Or que cela plaise au ministre ou non, l'assurance-santé a été fondée dès le début sur une association entre le fédéral et le provincial. Ainsi le groupe de travail sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces concluait entre autres que l'assurance-santé est basée sur une association entre le fédéral et le provincial et que les Canadiens s'attendent à ce que le gouvernement fédéral intervienne activement dans ce domaine. Ce n'est pas par hasard que le gouvernement fédéral a toujours assumé un rôle actif dans ce domaine et doit continuer à le faire. C'est un acte de démission de la part du ministre de refuser de contribuer à l'amélioration du système de soins de santé.

Le ministre dispose en effet de nombreux moyens. Elle pourrait entre autres rétablir les crédits supprimés en avril 1982, date à laquelle le nouvel arrangement quinquennal avait été unilatéralement fixé. Contrairement à ce qu'elle prétend, les accords pour la période allant de 1982 à 1987 n'ont pas fait l'objet de négociations. C'est le gouvernement fédéral qui, unilatéralement, a décidé de supprimer certaines garanties financières. Il conviendrait donc d'être un peu plus proche de la vérité.

Cela ne veut pas dire que les provinces n'ont aucune responsabilité dans la détérioration du système de soins de santé. Mais il est faux également de prétendre que le ministre n'aurait pas pu faire davantage dans le cadre de ce nouveau projet de loi que l'on attend depuis déjà cinq ans. Le ministre rate ainsi une occasion idéale de s'attaquer à des problèmes autres que la surfacturation et les frais modérateurs. Il est donc regrettable que nous soyons obligés de nous adresser ailleurs qu'au gouvernement fédéral pour résoudre l'ensemble des problèmes qui se posent à nous dans ce domaine.

[Text]

[Translation]

• 1030

In this case it seems we have to look to the task force provided by the Canadian Medical Association for some debate on the allocation of health care dollars, and I only hope that the CMA task force is as hard on the way the doctors generate the very costs they complain about as they will be on everybody else.

The Chairman: Mr. Blaikie, I will get back to you in the second round if you wish. I will ask the minister if she has any comments at the moment.

Madam Bégin: I do not think it is a cop-out, and I think it is urgent to clarify the rules of the game as it applies to access by all Canadians to the health system.

That is a proposal different from the content and the orientation of the health system, and I think we should remember that we did pretty well in Canada—in the federal government, for example, when the budget is now \$15 million for the health promotion program, \$20 million for the applied research projects—not the Medical Research Council, which is far more of course . . . through which we continue to exercise leadership as best we can through the best of our health players all over Canada and that beautiful new projects have started and are expanding and taking root in the various provinces with our financial help, I must say, although modest, year after year after year.

So it is not a cop-out, and I think it is very important to accept that having not kept a \$9.6-billion, or something like that, proposal is of very significant importance.

The member says that he is very impatient or disappointed. Well, I think it is fair.

Mr. Blaikie: You are in the potatoes.

Madam Bégin: It is fair that he be disappointed that things do not go as fast as one wished, but that has to do with reality.

The Chairman: Thank you.

Mr. Foster.

Mr. Foster: Thank you, Mr. Chairman.

I think it is interesting that the minister has been able to get so much support for this bill on both sides of this table, from the Official Opposition and from the NDP. I think it would be interesting for members of the committee to know exactly, Minister, just which provinces in fact are supporting the bill at this stage, and I would also like to know whether those who are opposing it in your opinion are really opposing it just because the feds are not putting in more money or whether some provinces just see it as an ideological thing that they do not think people should be getting medical service or hospital service without actually paying a fee for it.

I would be interested to know what support there is from the provincial governments at this stage.

Dans ce cas-ci, nous devons, semble-t-il, nous en remettre au groupe d'études de l'Association médicale canadienne lorsqu'il s'agit de discuter de la répartition des sommes consacrées aux soins de la santé; tout ce que j'espère, c'est que ce groupe d'études se montrera aussi sévère dans l'étude des dépenses suscitées par les médecins eux-mêmes qu'il le fera dans le cas de tous les autres groupes intéressés.

Le président: Monsieur Blaikie, nous reviendrons à vous lors du deuxième tour de questions, si vous le voulez. Je vais demander au ministre de répondre si elle le veut bien.

Mme Bégin: À mon avis, ce n'est pas une façon de se dérober; il est urgent selon moi de préciser les règles du jeu en ce qui concerne l'accès de tous les Canadiens au système de santé.

Il s'agit d'une proposition qui ne correspond pas, tant par son fonds que par son orientation, au système de la santé; à mon avis, il est bon de se rappeler que le Canada ou le gouvernement fédéral, par exemple, en consacrant un budget de 15 millions de dollars pour la promotion de la santé, 20 millions de dollars pour les projets de recherche appliquée, sans parler du budget du conseil de recherche médicale, qui est beaucoup plus élevé, continuent de faire preuve de leadership en faisant appel à nos meilleurs spécialistes médicaux partout au Canada; n'oublions pas que bon nombre de projets utiles mis en oeuvre, prennent de l'expansion et sont intégrés dans diverses provinces, grâce à notre aide financière, tout modeste soit-elle, d'une année à l'autre.

Il ne s'agit donc pas d'une façon de se défilier; il est très important de le reconnaître étant donné que les 9,6 milliards de dollars représentent la part du gouvernement fédéral.

Le député nous dit qu'il est très impatient ou très déçu. Eh bien, c'est juste de le dire.

M. Blaikie: Vous n'y êtes pas du tout.

Mme Bégin: On peut s'expliquer qu'il soit déçu: Les choses ne se déroulent pas aussi vite qu'on pourrait le souhaiter: Mais il faut être réaliste.

Le président: Merci.

Monsieur Foster.

M. Foster: Merci, monsieur le président.

Il est intéressant de noter que le ministre ait pu soulever tant d'appui pour ce projet de loi, des deux côtés de cette table, tant de l'Opposition officielle que du Nouveau parti démocratique. Madame le ministre, il serait bon que les députés de ce Comité puissent savoir quelles provinces appuient ce projet de loi à l'heure actuelle; par ailleurs, j'aimerais savoir pourquoi certaines provinces ne l'appuient pas; selon vous, est-ce parce que le gouvernement fédéral n'y consacre pas davantage d'argent ou plutôt parce qu'elles estiment que les gens ne doivent pas avoir accès à des services médicaux ou hospitaliers à moins d'y contribuer.

J'aimerais savoir quel est l'appui des gouvernements provinciaux à l'heure actuelle?

[Texte]

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That is going to put them on the street. That is a fact.

The Chairman: Mr. Foster, I would just remind you to address the Chair as you are talking.

Mr. Foster: Yes. Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, the question of the exact provincial support and the degree, which seems a simple question, is not easy to answer, strangely, and I will explain why.

I think it is fair to say that two provinces support fully the principle, the spirit, etc. of medicare. Some have even said it in public. Now, some other provinces support . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Medicare . . . oh, really.

Madam Bégin: *Qu'est-ce que j'ai dit?* I am sorry. I mean the principles of medicare. What did I say? But that is it. That is exactly what I meant. In the sense that it is the basic conditions of medicare and it is opposing extra billing and user fees, that is exactly what I meant, so I am not changing my expression.

Other provinces support most of the parts of the bill, but not all disagree with some of the points. A concrete example: Several provinces—and I am thinking of Nova Scotia, Saskatchewan, do oppose user fees but, shall we say, may not have the same feeling on extra billing, etc.—and I hope that I am not giving distorted answers. Then I think it is fair to say that a few provinces, provincial ministers, disagree on what I am tempted to call ideological grounds.

The Chairman: Mr. Foster.

Mr. Foster: Okay.

As I understand the present medicare schemes in British Columbia and Quebec, there is no extra billing by physicians there.

• 1035

Supposedly, when this bill passes, where it is accepted by provinces, provinces which do not have schemes like B.C. and Quebec will have to implement some kind of a scheme. I do not think anybody underestimates the difficulties. I happen to be from Ontario, but I do not hear a lot of complaints by physicians in these two provinces with the existing schemes. Are there constant complaints to your department, or publicly in those provinces, complaining about those existing schemes? I would be interested to know about that, because supposedly we will end up in all provinces where they accept the proposed Canada Health Act with some type of scheme similar to that of Quebec or B.C.

[Traduction]

Mlle MacDonald (Kingston-et-les-Îles): On descendra dans la rue. C'est un fait.

Le président: Monsieur Foster, je vous rappelle que vous devez vous adresser au président.

M. Foster: Oui. Merci, monsieur le président.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, la question de l'appui des provinces peut paraître une question simple au départ; pourtant, il n'est pas facile d'y répondre; je m'explique.

Il est juste de dire que deux provinces donnent leur appui total au principe et à l'esprit de l'assurance-maladie. Certaines provinces l'ont même exprimé de façon publique. Or, d'autres provinces appuient . . .

Mlle MacDonald (Kingston-et-les-Îles): L'assurance-maladie . . . vraiment!

Mme Bégin: *What did I say?* Je regrette. J'entendais les principes de l'assurance-maladie. N'ai-je pas dit cela? Mais voilà. C'est exactement ce que je voulais dire. En ce sens qu'il s'agit des conditions fondamentales de l'assurance-maladie et de l'opposition à la surfacturation et aux frais modérateurs: Voilà ce que je voulais dire; je ne change donc rien à ce que j'ai dit.

D'autres provinces sont d'accord avec la plupart des parties de ce projet de loi; ce n'est pas dire que la plupart n'appuient pas certains des autres points. Voici un exemple concret: Certaines provinces, dont la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan, ne s'opposent pas aux frais modérateurs, mais elles ont certaines réserves en ce qui a trait à la surfacturation; j'espère me faire bien comprendre. Il convient donc de dire que certaines provinces, certains ministres provinciaux, s'opposent au projet de loi pour des motifs que je serais tentée de qualifier d'idéologiques.

Le président: Monsieur Foster.

M. Foster: D'accord.

Si j'ai bien compris les programmes de la Colombie-Britannique et du Québec, les médecins de ces provinces ne peuvent pas procéder à une surfacturation.

Mais lorsque ce projet de loi sera adopté et accepté par les provinces, celles qui n'ont pas de régimes comme ceux de la Colombie-Britannique ou du Québec seront obligées d'instituer une certaine sorte de programme. Personne, il me semble, ne sous-estime les difficultés que cela comporte. Il se trouve que j'habite en Ontario; le nombre de plaintes formulées par les médecins dans ces deux provinces qui ont des régimes ne semblent pas très nombreuses, du moins, à ma connaissance. Les provinces ou les citoyens des provinces adressent-ils constamment des plaintes à votre ministère au sujet de ces régimes? Je tiens à le savoir car on suppose que toutes les provinces qui accepteront cette loi sur la santé devront adopter des régimes semblables à ceux du Québec ou de la Colombie-Britannique.

[Text]

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, the schemes in Quebec and British Columbia, as the member says, are very different from one another. That I think should be clarified first. In Quebec, for a long time, that province has banned, by legislation, any extra-billing, while in B.C. it is by agreement with the B.C. Medical Association that there is no extra-billing. These are two very different approaches to the question of extra billing.

As to the thrust of the question, the answer is yes, in the department I have received hundreds of letters of testimony—if I might call it that . . . of people explaining problems they faced because of extra-billing or user fees, including the fact that it was a deterrent for them when they needed to go.

Mr. Foster: Mr. Chairman, my question was really do the physicians who are working under these plans in Quebec and B.C., where they are not able to extra-bill—and I assume operate within the program—do they make a lot of representations or public complaint about the fact that they are prohibited from extra-billing?

Madam Bégin: From the provinces where there is not extra-billing in existence—because I cannot say “prohibited” when it is the case of B.C.; it is not prohibited, it simply does not exist now, to our knowledge—we did not receive, to my knowledge, my officials tell me, letters from doctors of these provinces complaining. But of course I suppose everybody knows I have received letters from doctors in other parts of the country who would want to continue their extra-billing practice.

Mr. Foster: I am interested in the argument about the funding of the scheme. You have mentioned the total cost of medicare in the country of some \$22 billion. The extra-billing apparently amounts to some \$100 million a year now. In the Speech from the Throne it mentioned additional funding for this fiscal year, I think 1983-84, of \$500 million, which at a subsequent Minister of Finance' meeting a few days after the Speech from the Throne . . . that figure I think was increased to \$769 million in Montreal just a few days after the Speech from the Throne. It appears, of course, that that covered established programs; it covered not only medicare but post-secondary education. But on the surface of it, that additional funding would seem easily to cover \$100 million worth of extra-billing and user fees.

How much of that \$769 million is actually provided to the provinces? Is it something that they anticipated, or is it a bit of a windfall situation to them?

• 1040

I wonder if you could explain because, on the surface of it, one would think it would be easy to wipe out extra billing, if you are getting a very large sum of money; I mean especially if one is assuming that the feds would put up \$50 million of the \$100 million and the provinces would put up 50 as well.

An hon. Member: New money.

[Translation]

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, comme l'a souligné le député, les régimes du Québec et de la Colombie-Britannique sont très différents l'un de l'autre. Il est bon de le préciser au départ. Le Québec a depuis longtemps adopté une loi qui prohibait la surfacturation; en Colombie-Britannique, on ne procède pas à la surfacturation en vertu d'une entente avec l'Association des médecins de la Colombie-Britannique. Il s'agit de deux façons très distinctes d'aborder la question de la surfacturation.

Quant à l'idée qui sous-tend la question, je réponds oui; mon Ministère a reçu des centaines de lettres de personnes qui expliquaient les problèmes auxquels ils devaient faire face en raison de la surfacturation et des frais modérateurs; ces personnes disaient que la surfacturation ou les frais modérateurs les empêchaient de faire appel à un médecin lorsqu'elles en avaient besoin.

M. Foster: Monsieur le président, je voulais savoir si les médecins qui sont soumis à ces régimes au Québec et en Colombie-Britannique s'adressaient au Ministère ou se plaignaient publiquement du fait qu'on les empêchait de procéder à la surfacturation; car je suppose qu'ils sont soumis aux conditions du programme.

Mme Bégin: On ne peut pas dire qu'on «empêche» la surfacturation dans le cas de la Colombie-Britannique; ce n'est pas qu'on l'empêche; elle n'existe tout simplement pas; à ma connaissance, et selon mes fonctionnaires, nous n'avons pas reçu de plaintes de la part des médecins de ces provinces. Mais tout le monde sait, je suppose, que j'ai reçu des lettres des médecins des autres régions du pays qui veulent continuer à surfacturer.

M. Foster: Parlons maintenant du financement du régime. Vous avez parlé d'un total national de quelque 22 milliards de dollars. Il semblerait que la surfacturation atteint actuellement le chiffre annuel de 100 millions de dollars. Dans le discours du trône, on a parlé d'une contribution supplémentaire, pour l'exercice 1983-1984, il me semble, de 500 millions de dollars; quelques jours après le discours du trône, le ministre des Finances a fait passer cette somme à 769 millions de dollars, lors d'une réunion à Montréal. Cette somme visait, bien entendu, les programmes établis. Elle visait non seulement les soins médicaux, mais également l'éducation post-secondaire. Mais, au prime abord, cette somme supplémentaire semblerait facilement tenir compte de 100 millions de dollars en surfacturation et en frais modérateurs.

Quelle partie de cette somme, 769 millions de dollars, est destinée aux provinces? Les provinces prévoyaient-elles recevoir cette somme? S'agit-il d'une aubaine pour elles?

J'aimerais que vous me l'expliquiez, car, à première vue, on penserait qu'il est facile de faire disparaître la surfacturation si de fortes sommes d'argent sont versées; par exemple, si nous supposons qu'Ottawa versera 50 millions de dollars et que les provinces en feront autant.

Une voix: De l'argent frais.

[Texte]

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, the amount of some \$700 million which was paid . . .

An hon. Member: . . . 769.

Madam Bégin:—very recently, by the Minister of Finance to the various provinces is a readjustment as per the legislation. This we have often explained. It is a readjustment with respect to the years 1981-1983, but it is a much bigger amount than anticipated by any of the parties because of the change of definition, or mistakes or whatnot, of Statistics Canada which was then corrected, etc. Two thirds of it, roughly, must go to health.³⁵ That means around \$512 million must, by law, go to health, to medicare, and a little portion to extended health care. The remaining one-third goes to education. Although that money, of course, belongs to the provinces—which everybody knows—the sum, the magnitude of it, is much larger than anticipated, and it was not budgeted for, by provincial ministers, because it was not known until relatively recently. In that sense then, yes, the argument the member makes, Mr. Chairman, seems to me to be valid; it is additional proof that there will not be disruption in the health systems at all by having to start, unfortunately applying here and there the new Canada Health Act and its penalties.

The Chairman: One more question, Mr. Foster.

Mr. Foster: Did the Minister mention which two provinces have signalled that they are supporting the bill?

Madam Bégin: The Province of Manitoba and the Province of Quebec but, as I said then in recent speeches this may take issue with other aspects of the bill. However, I am talking of the five basic conditions and the thrust of the bill which is to prohibit extra billing and user fees.

Mr. Foster: My final question, Mr. Chairman, is this: The Minister has mentioned that the federal government essentially funds 50% of medicare and I believe the figure has been 40% for other health-care costs such as those outside physicians' services and hospitals. Have these figures remained essentially constant over the last 10 to 12 years? Have they been higher? Lower? I wonder if the Minister could clarify that, Mr. Chairman.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, the share of the federal moneys paid towards medicare since before block funding—in other words, for some 18 years . . . were almost, if I may say so, on a strict 50:50 basis. That is because they were the reimbursement of 50 cents on the dollar on presentation of invoices by the provinces. Since we have gone to bloc funding, this reached a peak of some 58% as the federal share in 1978-79, coming back slowly to the 50% it always was. That was part of the deal of block funding, in order to give a boost to extended health care, to the system, generally speaking.

[Traduction]

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, ces quelque 700 millions de dollars qui ont été versés . . .

Une voix: . . . 769.

Mme Bégin: . . . récemment par le ministre des Finances aux différentes provinces constituent un rajustement prévu à la loi. Nous avons souvent expliqué cet aspect du programme. Il s'agit d'un rajustement pour les années 1981 à 1983 et le rajustement est beaucoup plus élevé que prévu par qui que ce soit à cause d'un changement de définition ou d'erreur de la part de Statistique Canada, erreur qui a été corrigée. Environ les deux tiers doivent être versés au service de santé. Cela signifie que près de 512 millions de dollars doivent, conformément à la loi, être versés au service de santé, l'assurance-santé et qu'une petite partie va au service complémentaire de santé. Le solde, c'est-à-dire le dernier tiers sert à l'éducation. Bien que cet argent, bien sûr, appartient aux provinces—tout le monde le sait—le total est beaucoup plus élevé que prévu et les ministres provinciaux n'avaient pas préparé leur budget en conséquence car nous n'avons connu le montant du rajustement que tout récemment. Dans ce sens, monsieur le président, oui l'argument que présente le député semble valable; cela montre encore qu'il n'y aura pas d'interruption des régimes de santé si nous commençons, à notre corps défendant, à appliquer les dispositions de la nouvelle loi canadienne sur la santé, y compris les amendes.

Le président: Une dernière question, monsieur Foster.

M. Foster: Le ministre a-t-elle nommé les deux provinces qui se sont déclarées en faveur du projet de loi?

Mme Bégin: La province du Manitoba et le Québec; mais comme je le disais dans des discours prononcés récemment, ces provinces pourraient contester d'autres aspects du projet de loi. Je fais cependant allusion ici aux cinq conditions d'octroi et à l'objectif du projet de loi qui vise à interdire la surfacturation et les frais modérateurs.

M. Foster: Voici ma dernière question: Le ministre a dit que le gouvernement fédéral finance à toutes fins utiles la moitié des régimes d'assurance-santé et je crois avoir entendu qu'on finance 40 p. 100 des autres coûts de services de santé c'est-à-dire ceux qui ne se rapportent pas directement aux services médicaux et aux hôpitaux. Ces chiffres se sont-ils maintenus depuis 10 ou 12 ans? Y a-t-il eu des augmentations ou des diminutions? J'aimerais, monsieur le président, que le ministre éclaire ma lanterne.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, si nous remontons avant l'introduction du financement global, c'est-à-dire depuis plus de 18 ans, Ottawa verse au chapitre de l'assurance-santé la moitié des coûts. Ottawa rembourse 50 p. 100 des frais sur présentation des factures par les provinces. Depuis l'introduction du financement global, la quote-part du gouvernement fédéral en 1978-1979 a grimpé à 58 p. 100 et elle revient lentement aux 50 p. 100 précédents. Cette augmentation était prévue à l'entente touchant le financement global afin de stimuler le réseau des services complémentaires de santé.

[Text]

Mr. Foster: What about the 40% figure, Mr. Chairman, for other costs? Has it always run at approximately 40%? The 40% funding that the federal government is now providing to other services—other medical services—beyond hospital and doctor services.

Madam Bégin: The same phenomenon is reflected if we—and I think I must bring in a provision, Mr. Chairman—compare the federal share, tax and cash, to the total health bills of the provinces. It is not that we directly contribute. We give a lump sum, so we do not know exactly where it is put. Provided it is in health, it is legal. So if we compare our share to the total expenditures of any given province, we share roughly 40%; always did. It went to a peak of 46% in the years 1978-1979, and if we compare it to the strict medicare which it is intended for, which means all doctors' visits and hospital activities, then it is around 50%, and it went up to a peak of 58%.

• 1045

The Chairman: If I might just ask a question there... We say that the national health bill is about \$30 billion. We also say that the federal government contributes about \$9.5 billion, which is about a third or less. Perhaps the Minister could just rationalize quickly on those figures, with respect also to the 50% and 40% that Dr. Foster has brought out.

Madam Bégin: When the figure of around \$30 billion, Mr. Chairman, is used or referred to, it means the whole health system in Canada, including all the private sector of health and all the public sector of health; that means all the public sector of health plus all the dentists' activities, pharmacists', optometrists', etc., etc.

When we speak of a figure of around \$22 billion, which I used earlier today, Mr. Chairman, that is the public system of health, including all of medicare plus the other public programs—some medicare here, some pharmacare there, some ambulance services everywhere, etc., on top of medicare. Of course, nursing homes are an expensive component of that. The strict medicare is around \$18 billion, of which we pay nine point something.

The Chairman: Thank you very much.

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. Before I get on to my line of questioning, I would like to bring to the Minister's attention a statement which she made in response to the last questioner. She said only two provinces support medicare. Now, we have had medicare in this country for quite a period of time, and I cannot imagine, Mr. Chairman, how the Minister would say that only two provinces support medicare when they have, on average, been contributing 30% of their budgets to medicare

[Translation]

M. Foster: Monsieur le président, qu'en est-il du chiffre de 40 p. 100 pour les autres coûts? S'est-il toujours maintenu? Le financement à 40 p. 100 que le gouvernement fédéral assure pour les autres services médicaux, en sus des services de médecin et d'hospitalisation.

Mme Bégin: On constate la même chose—et nous devons ici parler d'une disposition, monsieur le président—si nous comparons la quote-part du gouvernement fédéral en argent et en points d'impôt par rapport aux coûts totaux des services de santé des provinces. Nous ne faisons pas une contribution directe. Nous donnons un montant forfaitaire et ainsi nous ne savons pas exactement à quoi l'argent est affecté. Si l'argent est versé au programme de santé, nous sommes d'accord. Donc, si nous comparons notre part des dépenses totales de toute province, nous constatons que cette part s'élève à environ 40 p. 100 et qu'elle l'a toujours fait. En 1978-1979, la proportion a même monté à 46 p. 100; si nous comparons cette part aux seuls frais d'assurance santé, tel que prévu, c'est-à-dire les visites de médecins et les soins à l'hôpital, la proportion tourne autour de 50 p. 100 et elle a monté à 58 p. 100.

Le président: Si vous me permettez de poser une question... nous disons que la facture nationale des services de santé s'élève à environ 30 milliards de dollars. Nous disons également que le gouvernement fédéral y va d'environ 9,5 milliards de dollars ce qui est environ le tiers. Le ministre pourrait-elle nous expliquer rapidement ces chiffres, ainsi que la proportion 50 p. 100 et 40 p. 100 que mentionne M. Foster.

Mme Bégin: Monsieur le président, lorsqu'on parle du chiffre d'environ 30 milliards de dollars, on fait allusion à l'ensemble des soins au Canada, y compris les services du secteur privé et ceux du secteur public; cela comprend tous les soins de santé du secteur public en plus des services offerts par les dentistes, les pharmaciens, les optométristes, etc..

Lorsqu'on parle du chiffre d'environ 22 milliards de dollars, auquel j'ai fait allusion plus tôt aujourd'hui, monsieur le président, il s'agit du réseau public de santé, y compris l'assurance-maladie et certains autres programmes publics, par exemple l'assurance-soins dentaires, l'assurance-ordonnances, les services ambulatoires qui s'ajoutent à l'assurance-santé. Bien sûr, les maisons de repos y comptent pour beaucoup. Les seules dépenses d'assurance-santé s'élèvent à environ 18 milliards de dollars et nous payons un peu plus de 9 milliards de dollars.

Le président: Merci beaucoup.

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. Avant d'en venir au sujet qui m'intéresse, j'aimerais attirer l'attention du ministre sur une déclaration qu'elle a faite en réponse au dernier intervenant. Elle a dit que seules deux provinces sont favorables à l'assurance-santé. Or, monsieur le président, nous avons un régime d'assurance-santé au pays depuis déjà assez longtemps et je ne peux pas m'imaginer comment le ministre peut dire que seules deux provinces sont favorables à ce régime alors qu'en moyenne elles ont

[Texte]

and to the health care system in this country. I just do not understand a statement like that. One can be biased one way or another, but I do not think you should tamper with what the state of the nation is. Either the provinces do not support medicare, in which case they would not be in the system at all, or they do support it, as they have over the years. But to say that only two provinces support medicare is stretching the truth beyond any limits of recognition.

Mr. Foster: That was my question.

The Chairman: Madam Minister.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That was her answer.

Madam Bégin: Mr. Chairman, that is going to be very easy to answer . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I did not say it was your question.

Madam Bégin: —because that is not what I have said.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): It was. I wrote it down.

Madam Bégin: I have repeated a few times the Canada Health Act. If I first used the word medicare, I immediately corrected it, and I thought it was very clear. I said the Canada Health Act, which is what we are discussing, is it not?

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I think it is what the record will show, unless it is changed.

I want to go back to the question of funding, because I do not believe you can separate funding from this discussion. Now, earlier the Minister used the phrase "alleged underfunding of the system." I want to go back to the introduction of the block funding system. When it was introduced in 1977, I said that I was concerned about the way in which it was being related to the gross national product. I said in the House that a prolonged period of lean economic growth would put considerable pressure on the provinces to cut back on services or restrict access to them by permitting the erosion of the principle of prepayment.

• 1050

Now, I use the phrase "a prolonged period of lean economic growth", and unfortunately, that is what we have had in the period since. We have had an economy which has gone into recession; we have had mismanagement; we have had a bad situation in the country, and that has had a very real bearing on what has happened to the funding.

Mr. Chairman, there are some figures which I would like to put on the record with regard to the transfer of funds in terms of real growth. Between 1971-1972 and 1976-1977, prior to the block funding system, total cash and tax transfers to provinces for programs that were to be affected by the 1977 act rose by 27% in real terms. That is what happened in that period. But between 1977 and 1982, they rose 7.7% in real terms. As a result, total federal cash transfers as a percentage

[Traduction]

contribué pour 30 p. 100 de leur budget à l'assurance-santé et au réseau des soins médicaux au pays. Je ne comprends pas comment le ministre peut dire cela. On peut avoir ses opinions, mais selon moi, il ne faut pas donner une fausse image du pays. Ou les provinces refusent le régime d'assurance-santé, auquel cas elles n'en font pas partie, ou elles y sont favorables comme le démontrent les faits. De dire que seulement deux provinces sont favorables à l'assurance-santé, c'est aller beaucoup trop loin.

M. Foster: C'était ma question.

Le président: Madame le ministre.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): C'était sa réponse.

Mme Bégin: Monsieur le président, voilà une question à laquelle il est bien facile de répondre . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je n'ai pas dit que c'était votre question.

Mme Bégin: . . . parce que ce n'est pas ce que j'ai dit.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Au contraire, je l'ai noté.

Mme Bégin: J'ai dit à quelques reprises qu'il s'agissait de la Loi canadienne sur la santé. Si au départ j'ai parlé de l'assurance-maladie, je me suis immédiatement corrigé; je croyais être claire. Je parle de la Loi canadienne sur la santé, le sujet à l'étude, n'est-ce pas?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): C'est je crois ce que nous lisons dans le compte rendu, à moins qu'il ne soit modifié.

J'aimerais revenir à la question du financement car on ne peut pas l'éviter dans notre étude. Plutôt, le ministre a parlé du «sous-financement allégué du système». J'aimerais revenir à l'introduction du système de financement global. En 1977, lorsque ce régime m'a été présenté, j'avais exprimé mes craintes quant au rapport fait avec le produit national brut. J'avais dit en Chambre qu'une période prolongée de faible croissance économique inciterait probablement les provinces à réduire les services ou à en restreindre l'accès en permettant l'érosion du principe du paiement préalable.

Je parle bien d'une période prolongée de faible croissance économique; malheureusement, c'est ce qui s'est passé depuis lors. Nous avons connu une véritable récession; nous avons souffert d'une mauvaise gestion; notre situation a été mauvaise et tout cela a donc eu des répercussions sur le financement.

Monsieur le président, j'aimerais citer quelques chiffres concernant le transfert de fonds en termes de croissance réelle. Entre 1971-1972 et 1976-1977, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur du financement global, les transferts totaux de fonds et d'impôts aux provinces pour les programmes qui seraient touchés par la loi de 1977 ont augmenté de 27 p. 100 en termes réels. C'est ce qui s'est passé au cours de cette période. Cependant entre 1977 et 1982, l'augmentation en termes réels

[Text]

of provincial local revenues fell from 19.6% in 1977 to 17.2% in 1982, and during that same period, as a percentage of provincial local expenditures, they fell from 19.4% to 16.8%.

In other words, Mr. Chairman, the federal government is now paying for a smaller share of total provincial local expenditures and accounting for a smaller share of provincial local revenues than it did when block funding was introduced. As I say, this has a very considerable bearing on the funding and the state of health care in the country today.

Now, the Minister made a statement this morning when the question of funding was raised. She said, if more money were added, it would only perpetrate inefficiencies in the system. Those were the words she used. I have put on the record the problem as it applies to the funding mechanism that is now in existence. The Minister ignores the problem that is related to the funding mechanism and says, if more money were added, inefficiencies in the system would be perpetrated.

I would like to have the proof for that statement.

An hon. Member: A good question.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Thank you, Mr. Chairman.

I think the reasoning made by the member on the funding of the system is not, if I may say, relevant. It could be said like that from an angle *x*, but I do not see at all what it has to do with the health system and with medicare growth.

The block funding way of transmitting the federal share of medicare has been in place since 1977. From 1975 to 1982-1983, the federal share grew for all these years, which are roughly the years of block funding, an average of 13%. The toughest year, because of the much lower production of the economy—it is not the proper word—was 1982, and we had federal share over the preceding year increasing by 12%.

What I think the member has forgotten, Mr. Chairman, is that the growth of the Gross National Product is only one element of the mathematical formula providing for the annual increase—that is why I did not call it indexation, because it is much more than the indexation to the cost of living—of the federal payments for hospitals and doctors, for so-called medicare.

I therefore do not consider valid the accusation, shall we say, of the role of the GNP in it. There are other things that are forgotten as well. That is why we went to block funding. We are not talking about a young health system. We are talking about a system that was 25 years old last year and that at the time of block funding was 19 years old, or close to 20 years,

[Translation]

n'était que de 7.7 p. 100. En conséquence, les transferts totaux de fonds fédéraux en tant que pourcentage de revenus provinciaux sont tombés de 19.6 p. 100 en 1977 à 17.2 p. 100 en 1982. Au cours de cette même période, en tant que pourcentage de dépenses provinciales, on est passé de 19.4 à 16.8 p. 100.

En d'autres termes, monsieur le président, le gouvernement fédéral verse maintenant une part plus petite des dépenses totales des provinces et une part plus petite également des recettes de celles-ci qu'il ne le faisait lors de l'introduction du système de subvention globale. Comme je l'ai dit, cela a un impact très considérable sur le financement et sur l'état de la santé au pays.

Le ministre a dit ce matin qu'une injection supplémentaire de fonds ne ferait que perpétuer les inefficacités du système. Ce sont bien les mots qu'elle a utilisés. Je viens de vous montrer quel est le problème à l'heure actuelle. Le ministre ignore le problème que représente ce mécanisme de financement; elle prétend qu'une plus grande injection de fonds rendrait le système inefficace.

Personnellement j'aimerais qu'elle me donne les arguments à l'appui d'une telle déclaration.

Une voix: Bonne question.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Merci monsieur le président.

A mon avis, le raisonnement de l'honorable député n'est pas pertinent. Je ne vois pas du tout ce que cela a à faire avec la croissance du système médical et celle de l'assurance-santé.

Le financement global permettant de transmettre aux provinces la part fédérale de l'assurance santé existe depuis 1977. De 1975 à 1982-1983, la part versée par le gouvernement fédéral n'a cessé de croître de 13 p. 100 en moyenne. L'année pendant laquelle nous avons rencontré le plus de difficulté étant donné la situation économique difficile que nous avons connue était 1982. Pourtant, la part de la contribution fédérale par rapport à l'année précédente a augmenté de 12 p. 100.

L'honorable député oublie sans doute que la croissance du produit national brut n'est qu'un des éléments de la formule mathématique qui nous permet d'arriver à l'augmentation annuelle des paiements fédéraux destinés aux hôpitaux et aux médecins dans le cadre de l'assurance-santé. Vous remarquerez que je parle ici d'augmentations annuelles et non d'indexation étant donné que notre contribution dépasse de loin l'indexation au coût de la vie.

Par conséquent, je ne considère pas que l'accusation soit valable; je veux parler de cette accusation concernant le rôle du PNB. Il y a d'autres éléments dont l'honorable député ne tient pas compte également. C'est la raison pour laquelle nous avons instauré le système de financement global. L'assurance médicale n'est pas toute jeune. Le système est en vigueur

[Texte]

with an oversupply, or at least a very adequate supply, of facilities and players.

For example, we have in Canada more beds per population and more doctors per population than any other country, by the usual international standards. We are not talking of a system in the middle of an urgent need for expansion. Neither the provinces nor the feds, nor anyone else, for that matter, have the moneys in these years of recession for expansion of services on a modest scale.

I think it is a bit unfair to nurture expectations of Canadians that we could have much more money in the health system. That was the official stand, I think it is fair to say, of the Conservative Party. That means additional billions of dollars "promised" to Canadians which do not exist, which will not exist more next year than this year, for, as it has been suggested, a network of free nursing homes or homemaker services for the aged. That kind of expansion is not for tomorrow. I am sorry to have to repeat it: it is not for tomorrow. It is impossible for any level of government to promise that to Canadians. That kind of money does not exist. When you talk of expansion of services in the health care system, you automatically talk billions of dollars, and that should be repeated: it does not exist, it cannot be printed, it will not exist next year or the year after. We are talking of maintaining and strengthening an excellent system, to which maybe in a future unknown right now there will be major expansion. But that cannot be promised to Canadians today.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Chairman, when I used the figures I did, I was talking about the transfer of funds and the growth in real terms, not in inflationary terms, as the Minister discussed when she mentioned 13%. Anyone can look at the last few years and know that the inflation that the government permitted has been one of the real causes of the difficulty in this system. But I am talking about a 7.7% increase in real terms; and that is against 27% growth in the previous five years.

Nevertheless, I still did not get any answer to the evidence of her statement that it would only perpetrate inefficiencies in the system if more money were added. She did not give any reason or any statement or any backing for making that statement.

But she has talked, and I realize if I do not get my question in she is going to take all the time with the answer. I would like to ask the question, Mr. Chairman . . . the Minister has talked about a crisis in user fees and extra billing. There are many of us who see a crisis in the hospitals in this country. I am gravely concerned that we are not talking about the hospital situation in this bill. I can tell her that in my own teaching hospital alone in Kingston, in Kingston General Hospital, where in the last few days a limit has been put on the funding that will go in part to teaching hospitals because of the 6 and 5 limitation on post-secondary education—so that is

[Traduction]

depuis 26 ans. Au moment où l'on a instauré le financement global, le système existait depuis près de 20 ans et était très bien établi, avec surabondance, ou en tout cas à un nombre très suffisant d'installations et de participants.

Ainsi, le Canada dispose de plus de lits d'hôpital et de plus de médecins par habitant que tout autre pays, si l'on se reporte aux normes internationales. Il ne s'agit pas d'un système ayant un urgent besoin d'expansion. Ni les provinces ni le gouvernement fédéral n'ont les fonds nécessaires, en ces années de récession, pour procéder à une extension même modeste des services.

Il n'est pas juste de faire croire aux Canadiens que l'on pourrait injecter beaucoup plus d'argent qu'on ne le fait dans le système d'assurance-santé. Je sais que c'est pourtant cela qu'avait promis le parti Conservateur. Cela signifierait qu'il faudrait promettre des milliards de dollars supplémentaires aux Canadiens alors que cet argent n'existe pas, qu'il n'existera pas demain non plus; on ne peut promettre des services gratuits dans des maisons de santé ni des services d'aide ménagère pour les personnes âgées. Une expansion de ce genre n'est pas pour demain. Je regrette de le dire, c'est dommage, mais tout cela n'est pas pour demain. Il est impossible à quelques niveaux de gouvernements que ce soit de faire une telle promesse aux Canadiens et de la tenir car nous n'avons certainement pas les fonds nécessaires pour cela. Parler d'expansion en matière d'assurance-santé, c'est automatiquement parler de milliards de dollars supplémentaires. Or, il faut bien le répéter, cet argent n'existe pas et n'existera pas plus l'année prochaine ou l'année suivante. Nous voulons simplement maintenir et renforcer un système excellent qui pourra peut-être connaître de l'expansion à l'avenir mais pas maintenant. Nous ne pouvons promettre aux Canadiens ce que nous ne pouvons pas leur donner aujourd'hui.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, j'ai cité des chiffres en termes réels, non inflationnistes, comme ceux du ministre lorsqu'elle parlait des 13 p. 100. Nous savons tous que l'inflation dont est responsable le gouvernement a été une des véritables causes des difficultés que connaît le système à l'heure actuelle. Personnellement, je parle d'une augmentation de 7.7 p. 100 en termes réels par rapport à une croissance de 27 p. 100 pour les cinq années précédentes.

Le ministre a dit que toute injection supplémentaire d'argent dans l'assurance-santé ne ferait que le rendre moins efficace. Elle n'a cependant pas donné les raisons qui la poussent à porter un tel jugement.

Elle a parlé, c'est sûr, et je me rends compte que si je ne pose pas ma question, elle prendra tout mon temps de parole. Ma question est donc la suivante, monsieur le président: le ministre a parlé d'une crise en matière de frais modérateurs et de surfacturation. Beaucoup d'entre nous estiment qu'il y a une crise à l'heure actuelle dans les hôpitaux de notre pays. Je me préoccupe beaucoup du fait que le projet de loi ne parle pas de cette situation. Je puis dire au ministre que dans mon hôpital universitaire à Kingston, le Kingston General Hospital, la situation est critique. Or, il y a quelques jours, on a instauré une limite quant au financement destiné aux hôpitaux

[Text]

going to make the situation even worse... nevertheless, the situation in that hospital is critical. There are now 800 people waiting on a waiting list to get into that hospital. That is up from 500 a year ago. It is in the last year that that increase has taken place. That is what is happening in hospital after hospital across this country, and the Minister is saying that she sees a crisis in terms of extra billing and user fees. I want to ask her how she sees the situation in Canadian hospitals today.

• 1100

An hon. Member: Good question.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: There are several questions in one; I will try to rapidly cover them all, Mr. Chairman.

First, as I said earlier—I just want to repeat it—on the alleged under-funding of the system, I said that many health economists argue that providing more money to the system now will simply perpetuate existing inefficiencies. These questions are valid questions which, by the way, could be checked with the health economists when and if they are invited by the committee.

Secondly, the so-called medicare crisis, as I referred to it, and the fact which disappoints the member who just asked me a question, is that we are not talking of the real problem in the health delivery system. Nor can we; that belongs to the provinces. And if the local hospital of the member sees its budget cut, that has to do with the provincial Minister of health; it is because it is Mr. Keith Norton who has done something to it. And if the teaching hospital in Kingston has a reduced budget it is because Dr. Stephenson—or another provincial Minister—has decided to make a cut for interns or residents through the educational avenue of funds. But if I may say so, that touches upon another question which we have not addressed yet. It is the fact that we have an over-supply of doctors in the system in Canada and that has a bearing on Medicare; that was one of the key recommendations by Mr. Justice Emmett Hall that Canada, as a country, should address.

Of course, it is not for me to pass comment on the fact that to reduce entries in the faculty of medicine, as the interns and residents said in their brief they presented, I think, last week, may not be the best way to address the question. But I should not comment on provincial decisions of budget allocation; this is not for us, the federal government, to address. We cannot do it by reason of the Constitution.

The Chairman: One final question, Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

[Translation]

universitaires, limite qui ne pourra dépasser 6 ou 5 p. 100 dans le cadre des dépenses liées à l'éducation postsecondaire. La situation, à cet hôpital, qui est déjà critique à l'heure actuelle, empirera encore davantage. Il y a à l'heure actuelle 800 personnes inscrites sur la liste d'attente des futurs patients de cet hôpital. Il s'agit de 500 patients de plus que l'année passée. Voilà ce qui se passe dans les hôpitaux du pays alors que le ministre parle de la crise que provoquent la surfacturation et le ticket modérateur. J'aimerais qu'elle nous dise comment elle voit les choses dans les hôpitaux canadiens aujourd'hui.

Une voix: Bonne question.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Votre question comporte plusieurs volets et je vais essayer de ne rien oublier dans ma réponse.

Tout d'abord, comme je l'ai déjà dit, et je tiens à le répéter, beaucoup d'économistes de la santé prétendent que si l'on injectait plus d'argent dans le système actuellement, on ne ferait que perpétuer les lacunes qui existent déjà. Les questions que vous avez posées au sujet du financement insuffisant sont de bonnes questions que vous pourriez peut-être soulever éventuellement avec des économistes de la santé qui viendraient témoigner ici.

Deuxièmement, vous avez parlé de ce que j'appelle la prétendue crise de l'assurance-maladie. Le député se dit déçu que nous n'abordions pas le véritable problème dont souffre le régime de prestation des soins de santé. Nous ne le pouvons pas, car c'est un domaine qui relève des provinces. Si le budget d'un hôpital de votre circonscription est rogné, c'est au ministre provincial de la santé qu'il faut s'en prendre. C'est M. Keith Norton qui en est responsable. Si le budget de l'hôpital universitaire de Kingston est réduit, c'est parce que M. Stephenson, le ministre provincial donc, a décidé de réduire le nombre des internes et des résidents en comprimant les fonds destinés à l'enseignement. Permettez-moi de vous signaler que cela rejoint une autre question que nous n'avons pas encore abordée. En effet, il y a trop de médecins au Canada et cela a des conséquences pour l'assurance-maladie. Une des principales recommandations du juge Emmett Hall était que le Canada règle ce problème.

Il ne m'appartient cependant pas de me prononcer sur l'opportunité de la recommandation que les internes et les résidents ont faite dans le mémoire qu'ils ont présenté la semaine dernière, je pense. La réduction des inscriptions dans les facultés de médecine constituerait-elle le meilleur moyen de régler cette situation? Par ailleurs, il ne m'appartient pas non plus de donner mon avis sur les décisions des autorités provinciales concernant l'affectation des crédits budgétaires. Le gouvernement fédéral n'a rien à voir là-dedans. La Constitution nous interdit de nous immiscer dans ces affaires-là.

Le président: Une dernière question, M^{lle} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

[Texte]

Perhaps if the Minister had a better working relationship with her provincial counterparts she might be able to talk with them about some of these very critical areas in our health care system. I am appalled that she will not address the situation that exists in Canadian hospitals today. But, since she has said that in the teaching hospitals what goes on is really... the funding is really up to provincial ministers only, would she at least admit, as her colleague did in the House of Commons the other day, that the 6 and 5 limitation on post-secondary education—and that affects teaching hospitals—will take \$380 million out of the transfers to provinces in the 1983-1984 and 1984-1985 years?

Madam Bégin: Mr. Chairman, I am not of course the Minister of Finance, but to the best of my knowledge it does not have to have that effect at all and I would question the statement of the member. The provinces have to make choices and exercise priorities of their own. They do not have to cut interns and residents because the whole Canadian society decided to adopt the 6 and 5 to bring down inflation. That, too, has a direct bearing on the expenditures of province X, Y, Z, and did its job to the benefit of the same provincial budgets. So I would highly question the reasoning put forward by the member as to the necessary effect of 6 and 5 on cuts to hospitals. In my way of thinking that has no necessary relationship whatsoever. It is up to the provinces where they cut and how they want to cut. By the way, they do not have to.

• 1105

I would just add that it is not true to state, Mr. Chairman, that I have said that we, the federal government, will not address the real health problems. We do all the time. The oversupply of doctors was dealt with in several federal-provincial meetings of deputy ministers, for example. A few years ago we were very close to succeeding and then consensus broke. We may be very close again in the near future and I wish it. There is constant work between the two levels of government, within the limit of our responsibilities, to do our share in improving the health system.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Chairman, one short question.

The Chairman: One short question please.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes, it will be very short. Is the Minister trying to tell me that the problems in the hospitals today are going to be resolved if, in her words, we reduce the oversupply of doctors? Is that her simplistic approach to this? You know, there are people out there who, after the years they have to wait to get into a hospital, are no longer there to get into the hospital.

The Chairman: After the Minister replies I will go to Mr. Breau. Madam Minister.

[Traduction]

Si le ministre avait de meilleurs rapports avec ses homologues provinciaux, elle pourrait peut-être aborder certaines de ces questions cruciales de notre régime de soins de santé. Je suis consternée quand je l'entends dire qu'elle n'abordera pas la situation qui existe dans les hôpitaux canadiens aujourd'hui. Elle dit que dans les hôpitaux universitaires le financement relève à toutes fins pratiques des ministres provinciaux exclusivement. Mais reconnaît-elle, comme son collègue l'a fait l'autre jour à la Chambre des communes, que le programme des 6 et 5 p. 100 appliqué à l'éducation post-secondaire, et cela englobe les hôpitaux universitaires, retirera 380 millions des paiements de transfert versés aux provinces en 1983-1984 et en 1984-1985?

Mme Bégin: Monsieur le président, je ne suis pas le ministre des Finances, mais que je sache, ce programme n'est absolument pas responsable de cela et voilà pourquoi je mets en doute ce que vient de dire le député. Les provinces doivent choisir et établir leurs propres priorités. Elles ne sont pas forcées de réduire le nombre des internes et des résidents parce que l'ensemble de la société canadienne a choisi d'avoir recours au programme des 6 et 5 p. 100 pour réduire l'inflation. Bien entendu, ce programme a des conséquences pour les dépenses des diverses provinces, mais il a également porté ses fruits pour ces mêmes budgets provinciaux. Voilà pourquoi je mets en doute l'argument du député concernant les conséquences des 6 et 5 sur les réductions subies par les budgets des hôpitaux. A mon sens il n'y a pas nécessairement un rapport de cause à effet entre les deux. Il incombe aux provinces de décider où elles feront des réductions et comment elles s'y prendront. Je vous signale qu'elles ne sont pas forcées d'en faire.

J'ajouterai qu'il est faux de prétendre que le gouvernement fédéral a dit qu'il ne se pencherait pas sur les véritables problèmes de santé. Nous le faisons constamment. Nous avons parlé de la pléthore des médecins à nombre de réunions fédérales-provinciales des sous-ministres, par exemple. Il y a quelques années, nous avons presque trouvé une solution, mais l'entente ne s'est pas concrétisée. Nous y réussirons peut-être bientôt et c'est ce que je souhaite. Les deux paliers de gouvernement travaillent constamment ensemble, chacun dans les limites de ses responsabilités et nous faisons notre part pour ce qui est de l'amélioration du régime de santé.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, une brève question.

Le président: Allez-y, mais soyez brève.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): D'accord. Le ministre prétend-elle que les problèmes des hôpitaux aujourd'hui seront résolus avec la seule réduction de la pléthore de médecins? Peut-elle être aussi simpliste? Il y a des gens qui ont dû attendre si longtemps d'entrer à l'hôpital qu'ils en sont morts.

Le président: Quand le ministre aura répondu, je donnerai la parole à M. Breau. Madame le ministre.

[Text]

Madam Bégin: Mr. Chairman, there are hospitals in Canada, there are some in every province, who do not have waiting lists, so there is more to it than an apparent simplistic generalization of the problem all over Canada. There are particular procedures in different hospitals; there are some that are excellent; others could be more efficient. Everybody knows that and works at it.

Separate from that I want to repeat that, although it may not be pleasant for anybody to have to say it, it is a fact that the pie is only so big. There are international standards of the ratio of doctors to population, which are x . The ratio in Canada is higher than the international standard, and that has a direct consequence probably on the fact of extra billing and the health bill. The answer is yes it does.

The Chairman: Mr. Breau, and after Mr. Breau I will go to Dr. Halliday.

Madam Bégin: I would just add, Mr. Chairman, that only physicians admit people to hospital; there are links that should be known.

The Chairman: After Mr. Breau I will go to Dr. Halliday and then to Mr. Allmand. Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. On this question of funding, I was interested to see that the Progressive Conservatives particularly keep barking at that question. Obviously they are trying to reflect the real issue. The hon. member from Kingston and the Islands...

The Chairman: Is the microphone not working for Mr. Breau? The light is on. Carry on. We will see what the translators say. Mr. Breau.

Mr. Breau: I believe you compared federal transfers at one point to local revenues or provincial expenditures. I do not see the relevance of comparing federal transfers for health to whatever a provincial government may have decided to spend in other sectors later on. There is no question that the way she presented the real increase in expenditures again is totally irrelevant because why is she taking the real increase in expenditures when everyone agreed in 1977 that they should be based on the nominal GNP—the three-year moving average of the nominal GNP—which includes the price deflator. Why all of a sudden take out, in her figure of comparison, unless she just wants to make a political argument which she is well known to make sometimes... when she does not have a good case she makes a political argument—an increase of real expenditures which does not include inflation, when everyone agreed that it would be based on the nominal GNP?

Mr. McCauley: You are in charge of those Jake.

Mr. Breau: I believe the leader of the Conservatives made a promise to the three maritime premiers when they met during the by-election campaign in Central Nova last July or August, that he would spend at least roughly 50% of health expenditures on the three maritime provinces. I listened very carefully

[Translation]

Mme Bégin: Monsieur le président, il y a des hôpitaux au Canada, dans chaque province, où il n'y a pas de listes d'attente, si bien que l'on ne peut pas généraliser de façon simpliste le problème des hôpitaux au Canada. Chaque hôpital observe des procédures différentes qui, dans certains cas, sont excellentes et qui, dans d'autres, pourraient être améliorées. Tout le monde en est conscient et travaille à trouver une solution.

Par ailleurs, je tiens à répéter, même si cela ne m'est pas très agréable, que nos ressources sont limitées. Il existe des normes internationales pour le rapport entre la population et le nombre de médecins. Au Canada, ce rapport est supérieur à la norme internationale et cela a probablement une conséquence directe sur la surfacturation et le coût des soins de santé. J'en suis convaincue.

Le président: Monsieur Breau, vous avez la parole. Après ce sera au tour de M. Halliday.

Mme Bégin: Monsieur le président, je tiens à signaler que ce sont les médecins qui recommandent que les gens soient hospitalisés. Qu'on en tire ses propres conclusions.

Le président: Après M. Breau, ce sera le tour de M. Halliday et ensuite de M. Allmand. Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président. J'ai trouvé intéressant que les Progressistes-Conservateurs continuent de s'acharner sur la question de financement. De toute évidence, ils essaient de détourner l'attention du véritable problème. Le député de Kingston et les Îles...

Le président: Monsieur Breau, votre microphone fonctionne-t-il? Je ne pense pas que la lumière est allumée. Allez-y. On verra si l'interprète vous entend. Monsieur Breau.

M. Breau: Si je ne m'abuse, vous avez comparé les paiements de transferts fédéraux aux recettes locales ou aux dépenses provinciales. Je ne vois pas l'intérêt de comparer les paiements de transferts fédéraux au titre de la santé aux dépenses qu'un gouvernement provincial pourrait avoir décidé de faire dans d'autres secteurs plus tard. Il est indéniable que la façon dont elle a présenté la véritable augmentation des dépenses n'a absolument rien à voir, car tout le monde a accepté en 1977 que ces dépenses devraient être alignées sur un PNB nominal, c'est-à-dire une moyenne flottante du PNB nominal calculée sur trois ans, qui inclut un facteur déflationniste des prix. Pourquoi donc soudainement, en comparant les chiffres, cesse-t-elle de faire intervenir l'augmentation des dépenses réelles qui ne tiennent pas compte de l'inflation, alors que tout le monde est convenu que les calculs doivent être fondés sur le PNB nominal? Peut-être veut-elle ici faire valoir un argument politique, car il est bien connu que parfois quand son argumentation est faible, elle se rabat sur un argument politique.

M. McCauley: Je croyais que c'était votre rayon, Jake?

M. Breau: Je crois savoir que le leader des Conservateurs a fait une promesse aux trois premiers ministres des provinces Maritimes quand il les a rencontrés pendant la campagne des élections partielles dans la circonscription de *Central Nova*, en juillet ou en août dernier. Il leur a promis qu'au moins environ

[Texte]

to the debate on second reading and nobody came out very clearly and said exactly what their position was, but I would like to say, Mr. Chairman, that my estimate of that promise to the provinces would mean about \$2 billion additional money if we were going to increase the federal transfers to 50% overall.

• 1110

If \$2 billion is around at the federal level that the federal taxpayer is ready to pay, with a \$30 billion-odd deficit, I would like to see how the Tories can try to bluff their way through this debate and this issue by not telling the Canadian public that the way they got out with the provincial premiers, their friends, was to promise them an extra \$2 billion a year, if their dream ever comes true that they will take power again.

The second part of that which does not make any sense . . .

Mr. Epp: Are you going to eliminate elections, or what are you proposing, Herb?

Mr. Breau: The other part that does not make any sense, Mr. Chairman, is the fact that with the increase in funding that they have been promising, they have not said how they would get the provinces to live up to certain conditions. Would they go back to share-costing? The member from Kingston and the Islands criticizes the EPF block funding of 1977. Would she go back to share-costing? Can she find one provincial premier, one provincial Minister of finance, one provincial Minister of health, who would want to go back to share-costing? And if you do not go back to share-costing—if she does not go back to a system of share-costing, Mr. Chairman, then how are they assured that the provinces would spell that out in health? They tried to laugh this off, but it is a very serious issue, because they have tried to bluff their way into a debate by not telling the Canadian people clearly how they would get the provinces to agree that they would allocate the extra money they have promised the premiers if they ever were in a position to give them that extra money. Despite the comparisons that the member from Kingston and the Islands makes with the figures before 1977 and after 1977, one thing is clear: the provinces would have received \$3 billion less from 1977 to 1982 if the system had remained as before 1977.

Having said that, Mr. Chairman, I would like to ask the Minister, *sur la question* . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I thought I was going to be allowed to be the witness.

The Chairman: Mr. Breau has the floor.

Carry on, Mr. Breau.

Mr. Breau: I will not ask you questions, Flora, because I know you would just distort the answers.

Mr. Breau: Monsieur le président, à propos de la surfacturation imposée par certains médecins, si on se reporte au dernier rapport du juge Hall, ce dernier proposait des moyens pour

[Traduction]

50 p. 100 des dépenses de santé seraient faites dans les trois provinces Maritimes. J'ai été très attentif lors du débat en deuxième lecture et personne n'a dit très clairement ou exactement quelle était sa position. Monsieur le président, d'après mes calculs, cette promesse signifierait que les trois provinces recevraient environ 2 milliards de dollars supplémentaires en paiement de transferts fédéraux.

S'il existe 2 milliards de dollars au niveau fédéral, et si le contribuable est prêt à payer même avec un déficit d'environ 30 milliards de dollars, j'aimerais savoir comment les Conservateurs vont réussir à résoudre cette question et ce débat sans dire au public que la façon par laquelle ils ont réussi à s'entendre avec les premiers ministres provinciaux, c'était de leur promettre 2 milliards de dollars supplémentaires par année, s'ils atteignent leur objectif espéré, c'est-à-dire de gagner la prochaine élection.

La deuxième chose qui est illogique . . .

M. Epp: Proposez-vous l'élimination des élections, ou qu'est-ce que vous proposez, Herb?

M. Breau: La deuxième chose qui est illogique, monsieur le président, c'est qu'ils promettent une augmentation dans le financement, mais ils n'ont pas dit comment ils vont obliger les provinces à remplir certaines exigences. Vont-ils retourner au partage des coûts? L'honorable député de Kingston et les Îles critique le financement en bloc de 1977. Aimerais-elle retourner au partage des coûts? Peut-elle nommer un premier ministre provincial, un ministre des Finances provincial, un ministre de la Santé provincial, qui serait d'accord avec le partage des coûts? Et si l'on ne retourne pas au partage des coûts—si elle n'aime pas le système de partage des coûts, monsieur le président, comment vont-ils s'assurer que les provinces utiliseront cet argent pour les soins médicaux? Ils ne prennent pas cela au sérieux, mais c'est une question très grave, car ils se sont lancés dans un débat sans dire aux Canadiens comment ils vont s'assurer que les provinces utilisent cet argent supplémentaire s'ils ne sont jamais dans une situation où ils peuvent leur accorder cet argent supplémentaire. Malgré les comparaisons avec les chiffres d'avant 1977 et d'après 1977 faites par le député de Kingston et les Îles, une chose est très claire. Les provinces auraient reçu 3 milliards de dollars de moins entre 1977 et 1982 si le système était resté comme il l'était avant 1977.

Cela dit, monsieur le président, j'aimerais poser une question au ministre sur . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Est-ce moi le témoin?

Le président: M. Breau a la parole.

Voulez-vous poursuivre, monsieur Breau?

M. Breau: Je ne vous poserai pas de questions, Flora, car je sais que vous allez déformer les réponses.

Mr. Breau: Mr. Chairman, on the subject of extra-billing by some doctors, and with reference to the last Hall report, certain methods were proposed to discourage or prevent this

[Text]

décourager ou empêcher cette pratique. Il assortissait alors ce concept d'une procédure d'application. Il y expliquait très bien que la formule d'*opting out* pouvait servir d'échappatoire lors des négociations entre les médecins et les gouvernements provinciaux, mais il y avançait également que les médecins devaient recevoir un traitement juste et équitable.

Le ministre pourrait-il dire si, depuis le rapport Hall, un gouvernement provincial ou une association de médecins a proposé au gouvernement fédéral un moyen pour arriver à une procédure d'arbitrage acceptable pour tous, qui assurerait un traitement équitable aux médecins, tout en tenant compte de la proposition du juge Hall, soit l'élimination de la surfacturation? Quelqu'un a-t-il proposé un tel moyen?

Mme Bégin: Monsieur le président, dans l'une de ses recommandations clé, soit celle qui a trait aux médecins, le juge l'assortissait de deux paramètres, soit, si ma mémoire est bonne, que les médecins devraient être suffisamment rémunérés et qu'on devrait l'assortir du concept d'arbitrage obligatoire.

• 1115

J'ai moi-même discuté ces concepts avec tous mes collègues, et nos fonctionnaires l'ont fait entre eux. Je dois avouer que, de façon générale, sauf peut-être pour le Manitoba où la question devrait être posée au ministre lui-même pour plus d'éclaircissements, car je ne m'en souviens pas avec précision, les provinces ont rejeté le concept d'arbitrage obligatoire, sans formuler d'autres propositions. L'Association médicale canadienne est également venue dans mon bureau à ce sujet, et j'ai demandé à ses représentants d'analyser toutes les solutions possibles. Malheureusement, ce fut sans succès, car aucune contre-proposition, quelle qu'elle soit, n'a été présentée pour qu'on puisse au moins l'étudier et amener un régime plus stable, si je peux dire.

Je le regrette, mais aucun des joueurs n'a présenté d'autres idées.

Une voix: Très bien, merci.

Le président: Merci, monsieur Breau.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I think as we look at Bill C-3 there are two approaches we should take. The first approach is to see what is in the bill and to try to understand how the Minister arrived at the recommendations that are in the bill and on what basis she came to the recommendations she did. Of course, Mr. Epp has already tried to get some information from her about that. She either does not know or she refuses to give it to us, even though her officials were warned almost two months ago that we would want this information.

The second approach to the bill, of course—and to any bill—is what is missing from the bill. I think it is quite legitimate to be asking about that as well, and I think Miss MacDonald in a way has approached that problem.

The medical profession and all of the health care components of the health care system are as concerned as the

[Translation]

practise and he suggested a procedure for enforcing it. He explained that the opting out formula might serve as a loophole during negotiations between the doctors and the provincial governments, but he also stated that the doctors should receive fair treatment.

Since the publication of the Hall report, could the Minister tell me whether a provincial government or medical association has proposed to the federal government a method of arbitration which would be acceptable to all, and which would ensure fair treatment to the doctors, while bearing in mind the Hall proposal for the elimination of extra-billing? Has anyone proposed such a method?

Madam Bégin: Mr. Chairman, if my memory serves me correctly, there were two aspects to the key recommendations having to do with doctors, that is that doctors should receive adequate remuneration and at the same time that we should retain the notion of obligatory arbitration.

I myself have discussed these concepts with all of my colleagues, and our officials have done the same things among themselves. I must confess that in a general way, with the possible exception of Manitoba where the question should be asked of the Minister himself to obtain greater clarification since I do not remember the exact details, the provinces have rejected the notion of obligatory arbitration, without making other proposals. The Canadian Medical Association also came to my office in this regard, and I asked its representatives to analyze all possible solutions. Unfortunately this was not successful because no counter-proposal of any sort has been put forward which we might study in the interests of a more stable system.

I regret this, but none of the players has put forward any other ideas.

An hon. Member: Very well, thank you.

The Chairman: Thank you, Mr. Breau.

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je pense qu'il y a deux approches possibles au projet de loi C-3. La première approche serait d'examiner le projet de loi et d'essayer de comprendre pourquoi le ministre a fait les recommandations qui y figurent et sur quelle base elle a fait ces recommandations. M. Epp a déjà essayé d'obtenir des précisions. Ou bien elle ne sait pas, ou bien elle refuse de nous donner ces précisions, même si ses fonctionnaires ont été prévenus il y a environ deux mois que nous aurions besoin de ces renseignements.

La deuxième approche au projet de loi—et à n'importe quel projet de loi—serait d'examiner des lacunes. Je pense que c'est une approche valable, et j'ai l'impression que M^{lle} MacDonald a pris cette approche.

La profession médicale et tout le personnel dans les services de soins sanitaires se préoccupent autant que le ministre de

[Texte]

Minister with respect to accessibility. She does not need to think she has any monopoly on the wishes of Canadians or the wishes of governments or members of Parliament as to the desirability of having all Canadians have ready access to health care services.

More than one thing impedes accessibility, Mr. Chairman. The Minister has identified one of those in Bill C-3, and that is any kind of financial barrier that may be forced upon patients. We are quite prepared and are willing to see that in the bill, but I think we are entitled to know, as Mr. Epp asked, on what basis she arrived at the conclusion that that was indeed a problem for a significant number of Canadians. She has addressed it in a certain way by banning extra billing and user fees, and that is certainly one approach that has some merit.

However, it is not traditional for this government to accept the figures and the suggestions of the provinces holus-bolus without questioning them, and I would like to ask the Minister a couple of questions relative to that.

First, concerning the figures she gave us today of \$100 billion and \$58 billion and so on, can she tell us if the more recent figures have been adjusted for population increase in this country since 1971; have they been adjusted for the increase in the consumer price index since 1971; and have they also been adjusted for special costs in medical care now such as defensive medicine? I would like that specific question answered.

I presume, Mr. Chairman, that she and her department have done studies. Surely she is not taking the words of the provinces directly as she is given them. I want to know whether or not the figures she has given us have been adjusted.

Madam Bégin: Mr. Chairman, I did not hear the last part of the question. What is it that should be adjusted?

Mr. Halliday: There are three parts, Mr. Chairman. First, have they been adjusted for population increases?

Madam Bégin: Of what are you talking? I am sorry; I missed that.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, we were given an absolute figure of the amount of extra billing, which was about \$100 million.

Madam Bégin: Oh, extra billing.

Mr. Halliday: I want to know whether that figure has been adjusted for population increase; has it been adjusted for cost of living increase; and, thirdly, has it been adjusted for changes in medical practice whereby there are inordinate costs now associated with defensive medicine?

• 1120

Madam Bégin: On the various parts of the question, Mr. Chairman, I would just like to correct Dr. Halliday, when in speaking of my previous testimony, he says I refused to give

[Traduction]

cette question de l'accessibilité. Elle n'est pas la seule personne à comprendre les souhaits des Canadiens ou les souhaits des gouvernements ou des députés quant à l'accessibilité aux services de soins sanitaires.

Plusieurs choses vont à l'encontre de cette accessibilité, monsieur le président. Le ministre a identifié une de ces choses dans le projet de loi C-3, c'est-à-dire les obstacles financiers que pourront rencontrer des malades. Nous sommes prêts à accepter cela dans le projet de loi, mais je pense que nous avons le droit de savoir, comme l'a demandé M. Epp, sur quelle base elle a tiré la conclusion que c'est un problème pour beaucoup de Canadiens. Elle a essayé de régler la question d'une certaine façon en éliminant la surfacturation et les frais modérateurs, et c'est une approche qui a un certain mérite.

Cependant, ce n'est pas l'habitude de ce gouvernement d'accepter les chiffres et les suggestions des provinces sans poser des questions, et j'aimerais poser deux ou trois questions au ministre à cet égard.

D'abord, à propos des chiffres de 100 milliards de dollars et 58 milliards de dollars qu'elle nous a donnés aujourd'hui, pourrait-elle nous dire si les chiffres récents ont été rajustés selon l'augmentation de la population depuis 1971, s'ils ont été rajustés selon l'augmentation de l'indice des prix à la consommation depuis 1971, et s'ils ont été également rajustés pour les coûts spéciaux dans les soins médicaux, comme par exemple ceux de la médecine préventive? J'aimerais une réponse à cette question.

Je tiens pour acquis, monsieur le président, qu'elle et ses fonctionnaires ont fait des études. Je présume qu'elle n'a pas pris les chiffres donnés par les provinces sans poser des questions. J'aimerais savoir si les chiffres qu'elle nous a donnés ont été rajustés.

Mme Bégin: Monsieur le président, je n'ai pas entendu la dernière partie de la question. Qu'est-ce que l'on doit rajuster?

M. Halliday: Il y a trois parties, monsieur le président. D'abord, les chiffres ont-ils été rajustés pour les augmentations dans la population?

Mme Bégin: De quoi parlez-vous? Je suis désolée, je n'ai pas entendu.

M. Halliday: Monsieur le président, on nous a donné un chiffre sur la surfacturation, qui est d'environ 100 millions de dollars.

Mme Bégin: Ah, la surfacturation.

M. Halliday: J'aimerais savoir si ce chiffre a été rajusté pour une augmentation dans la population, s'il a été rajusté pour l'augmentation du coût de la vie, et troisièmement s'il a été rajusté pour les changements survenus dans l'exercice de la médecine où il y a maintenant des coûts exagérés associés à la médecine préventive?

Mme Bégin: Pour répondre point par point, monsieur le président, je voudrais d'abord reprendre M. Halliday lorsqu'il affirme que dans mes témoignages antérieurs j'ai refusé de

[Text]

any information as to the basis for coming up with a new proposed Canada Health Act. That is erroneous. I did say more than once this morning that I will give the committee members, Mr. Chairman, all the amounts we have for the past, the years of cost sharing, and all the estimates we have for the present situation under block funding. I just want to correct that. I think there is a problem there.

Now, I want to add, for the members' interest, that one study, for example, that demonstrates the negative consequences of overcharges to people is the one done by Beck and Horne—and I am sorry for not having the exact title—about a decade ago on the situation of Saskatchewan. In a nutshell, it proves people are deterred from using the system if they have large families, are seniors or are handicapped, if my memory serves me well, who are those very people who need it often. If I also remember well, that same study proves those with money used the system twice as much during the so-called deterrent fee, so it is a total distortion that has not saved a penny in the long run, anyway, to that particular province.

Now, the member wants to know, if extra billing is increased, if it has an automatic indexation and what not. The whole reason behind that is that extra billing is a good practice which we should protect. I must say this is not the viewpoint contained in this bill, because extra billing is an overcharge to the patient on top of the kind of guaranteed annual income doctors have in Canada, and they are almost the only Canadians to have . . .

We discussed it, and I must say I went as far, in the name of the federal government, as to agree to the provinces' proposals in May 1982 to have a little extra billing and to control it, because that is what we said when we decided to control and monitor extra billing. But then the provincial players backtracked and decided there was no problem and extra billing could go away up.

Well, let us understand the phenomenon of extra billing and how it works. Extra billing is a practice that a doctor or a specialist often decides to exercise, with no relation to the same specialist of the same specialty next door, who decides not to do it and to function fully under the plan of insured services. What does that first specialist have that the other does not have? Can you prove he or she is better? The answer is: No, you cannot. It is a money practice that exists more or less in certain geographic areas, which to my knowledge bears no relationship to the competence of the individual physician or specialist, nor unfortunately, too often with the capacity to pay of the patient, who by the way, has already paid for the health system often in his or her life.

I do now know and would not even encourage studies of knowing if extra billing has been well adjusted to the cost of living. Maybe it should be an automatic indexation like the

[Translation]

donner quelque information que ce soit sur la justification d'un nouveau projet de loi canadienne sur la santé. Rien n'est plus faux. J'ai répété ce matin que j'entends livrer au Comité tous les montants qui ont été versés dans le passé dans le cadre du programme de partage des coûts ainsi que toutes les estimations sur la situation actuelle en vertu du système de financement global. Donc, je tiens d'abord à préciser ce point.

Toujours à ce sujet, je signale à l'attention des membres du Comité que parmi les études qui font état des effets néfastes de la surfacturation sur la population, il y a celle de Beck et Horne, je m'excuse de ne pas avoir en mémoire le titre exact de cette étude, sur la situation en Saskatchewan il y a une dizaine d'années. En résumé, cette étude démontre que ceux qui sont écartés du réseau de santé sont les familles nombreuses, les vieillards et les handicapés, si je me souviens bien, justement ceux qui en auraient normalement le plus besoin. Si j'ai bonne mémoire, cette étude démontre également que les riches sont portés à utiliser le réseau deux fois plus avec ce qu'il est convenu d'appeler le ticket modérateur, ce qui a un effet de totale distorsion et qui à la longue ne fait économiser absolument rien, du moins si l'on en juge par ce qui s'est passé dans cette province.

Par ailleurs, le député veut savoir ce qui se passe lorsque le taux de la surfacturation est haussé, s'il y a indexation automatique, etc. Il part du principe que l'idée de la surfacturation est bonne et doit être maintenue. Je dois tout de suite l'aviser que ce n'est pas du point de vue de ce projet de loi, la surfacturation représentant une charge supplémentaire imposée au patient en sus de ce qui est déjà garanti comme revenu aux médecins canadiens, qui sont presque les seuls . . .

Je sais que nous en avons déjà discuté et qu'à l'époque, soit en mai 1982, j'ai consenti, au nom du gouvernement fédéral, à recevoir les propositions des provinces qui prévoyaient un taux de surfacturation limité ainsi qu'un système de contrôle. C'est ce qui nous a amenés à contrôler et à suivre de très près la surfacturation. Cependant, nos partenaires provinciaux ont décidé de revenir en arrière, ont décidé qu'il n'y avait pas de problème et que la surfacturation pouvait aller en augmentant.

Pour commencer, il faut comprendre comment fonctionne le système de surfacturation. D'abord, c'est un système qui permet à un médecin ou à un spécialiste d'exercer sa profession à des taux qui n'ont rien à voir avec ceux de son collègue d'à côté, par exemple, qui, lui, peut décider de s'en tenir au taux prévu pour les services assurés. Qu'est-ce que le premier spécialiste peut bien avoir que son voisin n'a pas? Peut-il prouver qu'il est ou qu'elle est vraiment meilleure? La réponse est de toute évidence non. Il se trouve que c'est un système qui est en vigueur dans certaines régions bien précises, et qui à ma connaissance n'a absolument rien à voir avec la compétence du médecin ou spécialiste, ou encore, trop souvent, malheureusement, avec la capacité de payer du patient, lequel, soit dit en passant, a déjà payé plusieurs fois au cours de sa vie pour le réseau de santé.

Je ne sais pas et je ne suis pas intéressée à savoir, au moyen d'études, si la surfacturation a suivi l'augmentation du coût de la vie. Je ne sais pas s'il devrait y avoir indexation automatique

[Texte]

pension. I do not quite understand what we are talking about here.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, may I re-ask my question? Mr. Chairman, I was not asking for a dissertation on extra billing. I understand extra billing. I want to know just a straight yes or no. The Minister has given us figures today—specific figures, absolute figures—about what has happened to the volume of extra billing in terms of dollars. I am just asking her: Were those figures indexed for population growth in the country? Were they indexed for inflation growth in the country, and were they indexed for the inordinate added and recent new costs of defensive medicine and the higher insurance rates and so on? I just want a yes or no. Were they indexed or not?

It is like Mr. Epp's asking some straightforward, simple questions on the figures. We cannot even get those straight simple questions. I want just a yes or no, and she gives me a long dissertation on the philosophy of extra billing. I did not want that. I know about that.

Madam Bégin: Yes, Mr. Chairman, but I thought the member had understood previous answers or listened to them. To my knowledge, the provinces have not collected—and I think I have said that—data on extra billing since 1969, except Nova Scotia, and more recently, Alberta. They themselves have estimates; we too have estimates. That is what I have given the members, and I have said . . .

• 1125

Mr. Halliday: Are the estimates . . .

The Vice-Chairman: Order, order.

Madam Bégin: I just want to add one thing. I must also—it is part of my job, and the member will recognize that it is fair game . . . decode not only the direct question, but the assumptions on which it is made. I think it is fair to say that if doctors do not recognize their provincial payments . . . enough, their association must be strong enough to negotiate another kind of deal with a different distribution of the reimbursements from their province. But it is not fair, it seems to us, for some of them to decide to pay themselves directly from the pockets of the consumers. That is where there is a distortion of the system. It is not fair to pass it on to some consumers only when they are sick; that becomes a tax on disease.

Mr. Halliday: Mr. Chairman . . .

The Vice-Chairman: Dr. Halliday, your time has expired. I will permit you one short question. We are on the second round, on a 10-minute timeframe.

Mr. Halliday: My next question, Mr. Chairman, is also related to the matter of funding, because obviously extra billing in itself, by its very wording, implies funding. I am sure that the Minister, when she brought in a bill that is going to have an effect of taking away \$100 million from physicians'

[Traduction]

comme pour les pensions. Je dois avouer que je ne comprends pas très bien le sens de la question.

M. Halliday: Puis-je la poser d'une autre façon, monsieur le président? Je n'ai pas demandé une dissertation sur la surfacturation. Je comprends très bien le système. Je veux simplement avoir une réponse par oui ou par non. Le ministre nous a aujourd'hui cité des chiffres, des chiffres bien précis, sur l'évolution du système de la surfacturation et sur sa signification financière. Ces chiffres tenaient-ils compte de l'augmentation de la population au pays? Tenaient-ils compte également de l'inflation qui s'est manifestée au pays? Tenaient-ils compte de la disproportion des nouveaux coûts de la médecine préventive ainsi que des taux d'assurance plus élevés entre autres? C'est tout ce que je veux savoir. Étaient-ils indexés dans ce sens-là?

M. Epp a également essayé de poser des questions directes sur les chiffres. On ne peut même pas réussir à faire cela. Je veux avoir un oui ou un non, et tout ce que j'obtiens, c'est une longue dissertation sur le système de la surfacturation.

Mme Bégin: Et moi, monsieur le président, je pensais que le député avait écouté les questions et les réponses antérieures. Que je sache, les provinces n'ont pas colligé, je pense l'avoir déjà dit, de données sur la surfacturation depuis 1969, à l'exception peut-être de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta plus récemment. Ce que les provinces ont, et ce que nous avons nous-mêmes, ce sont des estimations. Et j'ai fait part de ces estimations aux députés . . .

M. Halliday: Mais ces estimations . . .

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Mme Bégin: Je veux simplement ajouter quelque chose. Je me dois également, je pense que même le député me reconnaît ce droit, de déchiffrer non seulement la question posée, mais aussi les hypothèses qui la motivent. Si les médecins ne sont pas satisfaits des versements qu'ils reçoivent des provinces . . . Leur association doit être assez puissante pour réussir à négocier une meilleure répartition de ces versements. Ce que nous disons, quant à nous, c'est qu'il ne devrait pas être possible pour certains d'entre eux de puiser directement dans les goussets des consommateurs. Parce que c'est à ce moment-là que le jeu est faussé. Il est injuste de faire porter cette charge supplémentaire aux consommateurs parce qu'ils sont malades. Cela devient une taxe sur la maladie.

M. Halliday: Monsieur le président . . .

Le vice-président: Votre temps de parole est écoulé, monsieur Halliday, mais je vais vous permettre une brève question. Je vous rappelle que nous avons un deuxième tour et que nous avons fixé une limite de 10 minutes.

M. Halliday: Ma question suivante, monsieur le président, a trait au financement, parce que c'est du financement que dépend de toute évidence la surfacturation. Je suis sûr que le ministre, avant de présenter ce projet de loi qui aura pour effet de réduire les revenus des médecins de 100 millions de dollars,

[Text]

incomes, must have asked herself—or if she did not think of it, surely her officials did—what the reaction would be of any group that was going to suffer a loss of \$100 million in income. I want to know whether that was taken into account.

As she answers that question and the implications arising from this Bill, I want to ask her also what she understands about the health system in the Province of Quebec, a system which, she has told us more than once, she would like to see across the country. Can she tell us what her studies show, Mr. Chairman, respecting, not extra billing as she understands it in Quebec, but moneys paid by patients to physicians outside of any legal system whatsoever? I want to ask the Minister whether she has consulted any of her medical colleagues in the House of Commons with respect to what happens in Quebec regarding payments by patients to physicians in any way whatsoever. What studies has she done? What inquiries has she made? What is the extent, in Quebec, of moneys paid by patients to physicians outside the plan? I want to ask her if she knows about it. If she does know about it, tell us about it. I want to know how much money she estimates is being paid by patients to physicians in Quebec.

The Vice-Chairman: Madam Minister, that was Dr. Halliday's short question. I will permit you a similarly short answer.

Madam Bégin: I am sorry, Mr. Chairman, and I hope I will not appear provocative—that is not the purpose of my question to you—but I must seek clarification of the question of Dr. Halliday. Does he want the number of physicians who have opted out in Quebec? I think it is three. The figures vary, because some are older and have left us. It is the dermatologists, I think, and plastic surgery, as a rule. Or does he mean, Mr. Chairman, that there is an underground economy in Quebec and that we all pay under the table? ... which, of course, is very offensive and I will have immediately to dismiss it.

The Vice-Chairman: Dr. Halliday, could you quickly clarify the points of your question, please?

Mr. Halliday: I know, on very good authority, that that does happen in the Province of Quebec. In any system where you have a Draconian method of trying to control something, you get an underground system going. The Minister has to know that. She is not that naïve. What I want to know is, what studies has she done to try to estimate the extent of that? Because those are human beings in Quebec who are expected to pay money to a physician, but in a secret sort of way. We know it is going on, and she knows it is going on, Mr. Chairman. How much is it? That is what we want to know here. We are getting this Bill ... is it worth what it is going to create as a problem?

The Vice-Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, I think this is not only a question but a very serious accusation, and I wish the member would check his facts a little better. In any system on earth, especially in huge ones such as the health system, I suppose there are individuals who, on a very individual, marginal basis,

[Translation]

s'est posé la question, ou du moins ses hauts fonctionnaires ont dû se la poser, de savoir quelle pourrait être la réaction des principaux intéressés. Je voudrais savoir si le ministre a tenu compte de cette réaction possible.

Pour ce qui est des autres effets que pourrait avoir ce projet de loi, je voudrais également savoir ce que le ministre sait au sujet du réseau de santé dans la province de Québec, un réseau que le ministre voudrait proposer comme modèle au reste du pays. Peut-il nous dire ce que ses études démontrent au sujet non seulement de la surfacturation au Québec mais de toutes les autres formes de versement aux médecins par les patients, en dehors de tout ce qui peut être prévu par la loi? A-t-elle consulté ses collègues de la Chambre des communes qui sont également médecins au sujet des versements qui pourraient être effectués par les patients aux médecins du Québec sous quelque forme que ce soit? Quelles études a-t-elle mené? Quelle enquête a-t-elle menée? Jusqu'à quel point y a-t-il eu versements effectués par les patients aux médecins en dehors du régime? Est-elle au courant de la situation? Il serait intéressant de l'entendre à ce sujet. Je serais curieux de savoir quelles sont ses estimations à ce sujet.

Le vice-président: C'était la brève question de M. Halliday, madame le ministre. Je vais vous permettre d'y répondre brièvement.

Mme Bégin: Je m'excuse, monsieur le président, je ne veux pas me montrer difficile, mais je voudrais avoir des explications de M. Halliday. Veut-il parler du nombre de médecins qui ont décidé de quitter le régime au Québec? Je pense qu'il y en a trois. Les chiffres varient parce qu'il y en a qui sont âgés et qui sont partis. Je pense qu'habituellement il s'agit de dermatologistes ou de spécialistes de chirurgie plastique. Ou encore le député veut-il parler d'un marché noir qui fait que nous payons tous sous la table? Si c'est ce qu'il veut dire, je trouve la question odieuse et je préfère ne pas y répondre.

Le vice-président: Pouvez-vous préciser brièvement le sens de votre question, monsieur Halliday?

M. Halliday: Je tiens de fort bonnes sources que c'est ce qui se produit effectivement dans la province de Québec. Chaque fois que des moyens draconiens sont mis en oeuvre pour contrôler une situation, il y a un marché noir qui se développe. Le ministre doit bien le savoir, elle n'est pas naïve à ce point. Ce qui m'intéresse, ce sont les études qu'elle a pu entreprendre pour déterminer l'étendue de cette situation. Parce que ce sont des gens comme les autres qui au Québec paient le médecin, mais en secret. Nous savons tous, y compris le ministre, qu'il y a de cela. A quel point cette situation est-elle répandue? Ce que nous voulons savoir, c'est si le projet de loi ne créera pas de problèmes plus graves qu'il n'en résoudra.

Le vice-président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, le député ne pose pas une question mais porte une très grave accusation. Je souhaiterais qu'il vérifie les faits dont il fait état. Dans n'importe quel régime au monde dont, je suppose, le régime de santé, il y a certaines personnes, sont sûrement très peu nombreuses, qui

[Texte]

will try to get the best, the fastest, out of the system by a little something underneath the table.

• 1130

Canada is not a country where this is a generalized practice. I think I am making a cultural judgment on the ways of life of Canadians which is well known. The member Dr. Halliday will remember, for example, the journalist from the *Toronto Star*—I think his name is John Deverell . . . who did expose the case of a Toronto person who had to do that to get his child into the system faster. Well, this is wrong. I am tempted to say the poor consumer did not like it at all and knew it was wrong but was a prisoner of the fact that a doctor said that. Well, that is very wrong behaviour, and I do not want to pass a judgment on all doctors because of that particular individual. That was exposed through TV.

Perhaps that has happened once to a person in Montreal, Quebec, or I do not know where. I think the innuendoes about the Quebec health system that many people push aside—whatever the exact word in English is . . . are wrong, unfair, detrimental to Quebeckers.

Mr. Halliday: There is no extra-billing.

Madam Bégin: I suppose there is no basis other than perhaps a prejudice or simply an absence of knowledge of the system in Quebec. The health care system in Quebec is as good as in any other part of the best in the country. We are all Quebec members—there are several in this room and in this House. Ask any of your colleagues. Madam Killens had a few babies and had to go through the health system. I did not have babies, but I had to go through the health system. Anyone who has lived in Quebec has had to go at one point of their life through the health system. And we never heard or saw or knew of any such practice.

I could of course be very angry with the unfairness of the very serious accusation. Unfortunately, Dr. Halliday will have to live with it for the rest of his days and justify it.

The Vice-Chairman: We move now to Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, as a member of Parliament from Montreal for 18 years, I have never had one complaint by a constituent of being charged by a doctor under the table in addition to what the fee is—never one complaint. That is not to say that there might not be cases; but I am in pretty close touch with my constituents, and also with doctors. I go to doctors and to hospitals at least once a year for all kinds of things. I know a lot of doctors. I have never had any evidence of that kind of allegation, if it does exist.

I want to say, Mr. Chairman, that when people ask me what was the most important measure that I ever voted for in my years in Parliament and that I worked on, it was when I voted and worked on the medicare act of 1966. It still stands out as the most important thing I think Parliament has done while I have been here.

[Traduction]

vont essayer de profiter au maximum de la situation en acceptant de l'argent sous la table.

Ceci n'est pas dans les moeurs canadiennes. Je porte peut-être là un jugement culturel sur les moeurs canadiennes, jugement qui est bien connu. Le Dr Halliday se souviendra, par exemple, du journaliste du *Toronto Star*—je crois qu'il s'appelle John Deverell—qui a révélé le cas de cette personne de Toronto qui a dû passer par là pour faire soigner son enfant plus rapidement. Eh bien, cela est immoral. Je suis tentée de dire que ce pauvre consommateur n'a guère apprécié la chose mais croyait n'avoir pas le choix. C' était une façon de faire condamnable mais je ne veux pas mettre en accusation toute la profession à cause des actes de l'un de ses membres. Cette affaire a été révélée à la télévision.

Peut-être la même chose est-elle arrivée à un habitant de Montréal ou de Québec ou d'ailleurs. Je crois que les insinuations concernant le régime de santé du Québec sont fausses, injustes et préjudiciables aux Québécois.

M. Halliday: Il n'y a donc pas de surfacturation.

Mme Bégin: Rien ne permet de le penser, sinon dans l'esprit de ceux qui nourrissent des préjugés à l'encontre du régime du Québec ou qui en ignorent le fonctionnement. Le régime d'assurance-maladie du Québec est aussi bon que celui de n'importe quelle autre province. Vous avez de nombreux députés québécois dans cette salle ou à la Chambre. Posez la question à n'importe quel collègue. M^{me} Killens a mis au monde plusieurs enfants et a donc eu affaire aux médecins. Je n'ai pas d'enfant mais j'ai eu recours aussi au système de santé. Quiconque a vécu au Québec a dû passer à un moment ou à un autre par le système de santé et je n'ai jamais vu ou entendu rien de tel.

On est tenté de se fâcher devant l'injustice d'une accusation aussi grave. Je pense que le Dr Halliday devra assumer la responsabilité de cette injustice jusqu'à la fin de ses jours et la justifier.

Le vice-président: La parole est à M. Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, étant député de Montréal depuis dix-huit ans, je vous assure que je n'ai jamais entendu aucun de mes mandants se plaindre de devoir payer un dessous de table à son médecin en sus des honoraires normaux, non, pas une seule fois. Cela ne signifie pas que cela n'arrive jamais mais je suis très près de mes électeurs et je connais également beaucoup de médecins. Je vais voir des médecins et visite les hôpitaux au moins une fois par an pour toutes sortes de raisons. Je connais beaucoup de médecins et je n'ai jamais eu aucune preuve d'une telle pratique, si même elle existe.

Je tiens à dire, monsieur le président, que lorsque les gens me demandent quelle est la mesure la plus importante sur laquelle je me sois jamais prononcé ou sur laquelle j'aie jamais travaillé, je réponds toujours que c'est la Loi sur l'assurance-maladie de 1966. Elle reste l'une des réalisations les plus

[Text]

An hon. Member: Hear, hear!

Mr. Allmand: Consequently I feel what we are doing today to improve our medical health care system is very important.

I want to raise a particular matter about Quebec. While it is true Quebec has a good system and does not permit extra-billing, there is one area I want to ask the Minister about, and that is about chronic care.

I think chronic care in Quebec is a shame and a scandal. For chronic care hospitals in Quebec the great majority of people have to pay fees. I have a case now before me in my office where an individual will have to pay between \$900 and \$1,200 per month for chronic care. There is no contribution to that out of the medicare system as there is in Ontario. If I understand the Ontario system correctly, they will pay up to the amount in the chronic care hospital that you would have received under ordinary hospital services.

In the bill that we are studying, the definition of "hospital" includes chronic care. It says, "includes chronic care". It excludes intermediate care services or adult residential care services.

• 1135

What I want to ask the Minister is this: will this bill stop by means of penalties, through the reductions and through the default measures in the bill... well I should not put it that way because I would like to put it in a positive way, but will it bring Quebec into the system? I mean, where the thousands of people who must go to chronic care because of strokes, because of Alzheimer's disease, because of many things whereby they have to stay in hospital sometimes for two years, three years, how will that be changed by this bill? Does that mean that they could be defaulted under the definition of "hospital" if they do not provide universal services and comprehensive services for chronic care hospitals? Or does it mean that chronic care will come under "extended health care services" which is in Clause 7 of the bill and not covered by Clause 6? Would she clarify this for me?

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, to answer the member from Notre-Dame-de-Grâce and to support what he said about the importance of medicare as a program in Canada, and which is something quite unique of which everybody is very proud, I would like to come now to this particular point of chronic care which he raised. That is a problem. But let us first speak of what chronic care means, because that is part of what the bill will, or will not, do. In our lay language, and I mean all of us who are not health specialists, by "chronic care" we often mean either of two things. We mean confidence in the potential to be rehabilitated and go back home, and the

[Translation]

importantes que le Parlement ait entreprises pendant que j'y siégeais.

Une voix: Bravo!

M. Allmand: Je considère donc que ce que nous faisons aujourd'hui pour améliorer notre régime d'assurance-maladie est très important.

Je tiens à dire une autre chose concernant le Québec. Il est certes vrai que le Québec possède un bon régime et n'autorise pas la surfacturation, mais il est un domaine sur lequel j'aimerais interroger le ministre, celui des soins chroniques.

Je trouve que la façon dont on traite les malades chroniques au Québec est une honte et un scandale. Dans les établissements de soins chroniques au Québec, la grande majorité des malades doivent payer. J'ai été saisi d'un cas récemment où une personne doit payer de 900 dollars à 1,200 dollars par mois sans que le régime d'assurance-maladie rembourse rien comme ce serait le cas en Ontario. Si je comprends bien le régime ontarien, celui-ci rembourse les frais d'hospitalisation dans un établissement de soins chroniques jusqu'à concurrence des montants qui seraient versés pour un séjour dans un hôpital ordinaire.

Dans le projet de loi que nous étudions, la définition de «hôpital» englobe les soins aux malades chroniques. La définition exclut les soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes.

Je voudrais demander au ministre ceci: Est-ce que le projet de loi pénalisera, par le biais des mesures de réduction... Je vais reformuler ma question pour lui donner une tournure positive: Est-ce que le projet de loi va intégrer le Québec dans le système? Je veux dire par là, est-ce que les milliers de personnes qui souffrent de maladies chroniques, par suite d'attaques, pour cause de maladie d'Alzheimer ou de toutes sortes d'affections qui nécessitent leur séjour en hôpital pendant parfois deux ans ou trois ans, connaîtront une modification de leur sort? Pourrait-on décréter qu'il y a un manquement par application de la définition de «hôpital» si un établissement de soins chroniques n'assure pas la gratuité universelle? Ou bien ces établissements de soins chroniques entreront-ils dans la catégorie des services complémentaires de santé qui relèvent de l'article 7 du projet de loi et ne sont pas couverts par l'article 6? Le ministre pourrait-il nous éclairer là-dessus?

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, pour répondre au député de Notre-Dame-de-Grâce et appuyer ce qu'il a dit au sujet de l'importance du Régime d'assurance-maladie au Canada, dont tout le monde est fier à juste titre, j'aimerais maintenant traiter de la question des soins aux malades chroniques qu'il a soulevée. Il y a là un problème, mais commençons par ce que l'on entend par maladies chroniques car tout repose là-dessus. Pour les profanes, c'est-à-dire tous ceux qui ne sont pas spécialistes de la santé, «soins aux malades chroniques» peut signifier deux choses. D'une part, on entend par là les soins que l'on donne à certains malades afin de les remettre sur pied et

[Texte]

examples you gave such as stroke, etc. it seems to me imply that. But in the same vein, we also take chronic care to mean seniors who live forever in an institution but not with real medical treatment; with a nurse maybe, but not under real medical treatment. We could mean either of two things. So what this bill . . .

Mr. Allmand: Excuse me Madam Minister. I am talking about cases where the senior needs more than two hours of care a day. I am familiar with the different levels of care. I am not talking of the *centres d'accueil* in Quebec where seniors have a minimum of care. I am talking about cases where a person needs almost the maximum 24-hours-a-day care by nursing staff and paramedical staff.

Madam Bégin: Yes. But I think it is fair for the record that I give precisely the two meanings of the word "chronic care" because it applies all over Canada—maybe more acutely in Quebec but, surely, all over Canada. That is one of the things I discussed with the provincial ministers. That is one of the grey areas for which we have to exactly assess and clarify our definition.

The definitions we proposed to the provincial ministers through the regulations, which I sent to all members, used the concept which was in place for the 18 years of cost-sharing and is the concept of medical necessity, and that is what Mr. Allmand is referring to. It is the concept of "medical necessity". For years in Canada before we went to block funding, which means up to 1977, a province which had a user charge or *frais d'hébergement*—or call it the way you want . . . for someone with medically-necessitated care, and who had a potential for rehabilitation which, in other words, would mean going back home . . . well, because that person had to maintain a home separate from the institution XYZ he or she was not supposed to pay any overcharge. If a province had an overcharge, as some had we, the feds, would automatically deduct the total amount of those user fees for chronic care patients from our payment to the provinces, from our cash payment. So there is a long practice established which we are now codifying in this new bill.

Mr. Breau: Before 1977?

Madam Bégin: We are taking the long practice well known to all the officials of the provinces and of the federal government to define "chronic care" as meaning "medical necessity" and for those people there should not be any user fee.

Now what is what in the provinces we do not know very well because we no longer have the legal detailed reporting if I may say; we just know broad categories. So this is one of point on which officials are working together all over the country so as to understand the various local situations and to assess them.

[Traduction]

qu'ils puissent rentrer chez eux, comme par exemple les victimes d'attaques d'apoplexie, etc. Mais on désigne également par ce terme, les services que l'on donne aux vieillards gravataires qui ne reçoivent pas nécessairement un véritable traitement médical; ils reçoivent les soins d'une infirmière peut-être, mais pas nécessairement de traitement médical véritable. Cette notion recouvre donc deux choses et le projet de loi . . .

M. Allmand: Veuillez m'excuser, madame le ministre. Je parle des cas où la personne âgée nécessite plus de deux heures de soins par jour. Je sais qu'il existe différents niveaux de soins et je ne parle pas ici des centres d'accueil comme il en existe au Québec où les personnes âgées reçoivent un minimum de soin. Je parle des cas où le malade nécessite les soins d'infirmière ou de personnel paramédical pendant presque 24 heures par jour.

Mme Bégin: Oui. Je pense qu'il est bon de bien préciser les deux sens de la notion de «soins chroniques» car cela s'applique partout au Canada, même si la situation est peut-être plus aiguë au Québec. C'est l'une des choses dont j'ai discuté avec les ministres provinciaux et c'est l'un des domaines où il nous faut très précisément clarifier notre définition.

Les définitions que nous avons proposées aux ministres provinciaux et qui sont incorporées dans le règlement, que j'ai distribué à tous les membres, reprennent le concept qui a été suivi pendant les 18 années d'existence du programme de partage des coûts, c'est-à-dire celui de la nécessité médicale et je crois que c'est celui qu'invoque M. Allmand ici. C'est le concept de la «nécessité médicale». Pendant toutes les années qui ont précédé le financement forfaitaire, c'est-à-dire jusqu'en 1977, une province qui pratiquait le ticket modérateur ou qui percevait des frais d'hébergement auprès de personnes nécessitant des soins médicaux et qui avaient des chances de guérison, c'est-à-dire qui envisageaient de retourner chez elles . . . dans ces cas, puisque la personne devait disposer d'un logement en dehors de l'établissement XYZ, cette personne ne devait pas payer de frais supplémentaires. Si une province pratiquait la surfacturation, et certaines le faisaient, le gouvernement fédéral déduisait automatiquement le montant total des frais modérateurs payés par les malades chroniques de nos versements aux provinces. C'est donc une pratique bien établie que nous codifions dans ce nouveau projet de loi.

M. Breau: Avant 1977?

Mme Bégin: Nous reprenons la pratique bien connue de tous les responsables provinciaux et fédéraux qui reposait sur le concept de nécessité médicale et qui voulait que les patients de cette catégorie ne payent pas de ticket modérateur.

Nous ne savons pas exactement ce qu'il en est aujourd'hui dans les provinces car celles-ci ne nous font plus les rapports détaillés d'autrefois; nous ne connaissons plus que les grandes catégories. Nous travaillons justement dans tout le pays à faire le point des diverses situations locales afin de voir ce qu'il en est.

[Text]

[Translation]

• 1140

I discussed that with Mr. Pierre-Marc Johnston when I met him on January 20, I think it was, when he was back in Canada, and we agreed that our officials would meet. No date has been confirmed, but that will take place as for the other provinces.

One thing I have to add for the members of the committee, Mr. Chairman, is that we are not going at it by types of institutions, not to put any undue burden on the provinces. For example, a province . . . I think Nova Scotia, it is fair to say, has lots of acute care beds, and has decided by choice to transfer some of them to either chronic care patients, in the sense that they cannot have user fees imposed, or chronic care for life, like a nursing home, and then a part of the hospital turns into a nursing home, or x beds in a hospital turn into a real nursing home. Those, it is understood, will be charged user fees, over-charges, because they live there forever. I am sorry to deplore it, but that is the way it was always done in the system, and it is then considered—it is a *taxe hôtelière*, as the French would say.

So we did not want to go at it by types of institutions. The concept we propose of medical necessity, meaning no user fee, would apply to every patient, wherever they are, in whatever kind of institution, which means in the case of Quebec *hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, centres d'accueil, autres institutions*. We have to assess that. We do not know, in particular in Quebec, what the situation of user fees is for so-called chronic care patients.

Nor did we, by the way, Mr. Chairman, go at it by the number of days, such as 90 days . . . after 90 days provinces can charge user fees or after 120 days provinces could charge user fees—because it is unfair for some situations of convalescence, as Mr. Allmand said, such as stroke or burning, *des grands brûlés*. An older person who breaks a hip will need more than 90 days, but will be able to go back home. By the way, that is the trend in hospitals now: instead of a passive attitude, to have as active as possible an attitude to give attempts to seniors really to be rehabilitated and go back home. In cases like that, we would not permit user fees.

Mr. Allmand: That was a long answer. In any case, it is a very complicated question. But I still do not know whether in Quebec—and maybe the Minister does not know at this point either—whether people who require what I consider to be medical care for chronic sickness illnesses will be charged the high user fees in what I consider to be almost hovels in some cases, they are so bad. They are very poor facilities. Sometimes they buy out small flats or homes and put a whole lot of people in there. They have nurses there and so on, and doctors come.

By the way, you say they could go home. Some of them cannot go home, with broken hips and so on, because the remaining spouse may be in the hospital herself, or too old to

J'en ai parlé avec M. Pierre-Marc Johnson lorsque je l'ai rencontré le 20 janvier, à son retour au Canada, et nous avons décidé une réunion de nos fonctionnaires. Aucune date n'a encore été arrêtée mais une telle réunion aura lieu comme avec les fonctionnaires des autres provinces.

J'ajouterai, à l'intention des membres du Comité, que notre démarche ne se fonde pas sur le type d'établissement, afin d'éviter de pénaliser certaines provinces. Par exemple, la Nouvelle-Écosse possède de nombreux lits pour les maladies aiguës et a choisi d'en réserver un certain nombre à des malades chroniques ou même de convertir une partie de l'hôpital en maison de repos. Les usagers de ces derniers lits payeront alors des frais modérateurs car ils les occuperont à titre permanent. Cela s'est toujours fait et correspond en quelque sorte à une taxe hôtelière, comme on dit en français.

Nous n'envisageons donc pas de catégoriser les établissements. Le concept de nécessité médicale que nous proposons et qui n'entraînerait pas de frais modérateurs, s'appliquerait à tous les patients, quel que soit l'établissement qui les admet, qu'il s'agisse d'hôpitaux généraux, d'hôpitaux psychiatriques, de centres d'accueil ou d'autres établissements pour reprendre la classification du Québec. Il faudra examiner tous ces cas particuliers et nous ne savons pas, notamment dans le cas du Québec, quelle est la situation des malades chroniques sur le plan des frais modérateurs.

Nous n'avons pas retenu non plus comme critère le nombre de jours d'hospitalisation, qui voudrait qu'après 90 ou 120 jours d'hospitalisation, les provinces pourraient percevoir des frais modérateurs car cela serait injuste dans certains cas de convalescence, notamment le cas des victimes d'attaques d'apoplexie ou de grands brûlés, etc. Un vieillard qui se fracture la hanche devra être hospitalisé plus de 90 jours mais finira par rentrer chez lui. D'ailleurs, c'est la tendance suivie par les hôpitaux maintenant, de dispenser un traitement aussi actif que possible pour que les vieillards se remettent sur pied et rentrent chez eux. Dans les cas de cette sorte, nous n'autoriserons pas les frais modérateurs.

M. Allmand: C'est une réponse très longue que vous avez donnée mais le problème est extrêmement complexe. Mais je ne sais toujours pas si au Québec—et peut-être le ministre ne le sait-il pas non plus—les patients qui ont besoin de soins médicaux pour des maladies chroniques devront payer ces énormes factures pour des séjours dans ce que l'on pourrait pratiquement qualifier de taudis. Les conditions y sont parfois déplorables, il s'agit souvent de petits appartements ou de petites maisons transformées où l'on héberge un grand nombre de vieillards et où l'on fait venir des infirmières et des médecins.

D'ailleurs, vous dites que ces vieillards pourraient souvent rentrer chez eux. Ils ne le peuvent pas toujours après une fracture de la hanche parce que le conjoint est lui-même à

[Texte]

do anything. Even if somebody comes in for two or three hours a day, that person cannot be really taken care of at home, because there is danger of somebody getting up at night to go to the bathroom, there is the incontinence problem; there are all kinds of problems associated with those people.

I am only speaking from the point of view of Quebec, but I think that is one area in Quebec where there is a great gap for people who need long-term care, what I consider to be chronic care; and Minister, while you cannot give me a full answer today, you say discussions are still going on with Mr. Johnson, I would hope to have, before we finish with this bill, more precise answers on what that type of care will be in Quebec and how our proposed act will interact with the Quebec legislation, because I find it a scandal—that type of care in Quebec.

Madam Bégin: Mr. Chairman, to sum up my answer to Mr. Allmand, no, I do not know. I went at the Canada health care by ...

... j'ai basé mon appréciation de la situation québécoise ...

• 1145

J'ai fondé mon analyse de la situation québécoise sur les affirmations que m'ont faites, à plusieurs reprises, les ministres de la Santé, le docteur Lazure et M. Pierre-Marc Johnson, au cours des années passées, selon lesquels les frais d'hébergement existaient pour les gens qui y étaient à demeure. Mais je ne possède pas ce renseignement pour le Québec, en particulier depuis 1977. C'est un des points à préciser avec M. Pierre-Marc Johnson. Je suis donc incapable d'y répondre en ce moment. Avant le financement global, il y avait, au Québec, des frais aux usagers, des tickets modérateurs, pour les malades chroniques, que nous soustrayions de nos paiements. Nous ne les leur accordions pas parce que ce n'était pas accepté. Il s'agissait en fait de malades chroniques qui nécessitaient un traitement médical, tel que décrit par M. Allmand. Mais aujourd'hui, je ne connais pas la situation.

An hon. Member: Thank you.

The Chairman: I am going to go to Dr. Hudecki in the first round, and then I am going into a second round, unless I have someone who has not spoken in the first round.

I think we will go to about 12.20 p.m. or so, if it is your general wish in that regard. Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: Mr. Chairman, through you, I would like to point out to the Minister that I am concerned that the bill does not address the quality of care that is required in the community. Now, the quality of care depends not only on particularly well-trained and experienced physicians, but also technical equipment and technical support which are required at the hospital level. I am not going to talk about the hospital level or users' fee, but will concentrate on the needs of maintaining a high standard of medical care as far as the practitioners are concerned.

To maintain that type of care, you need people with extra-special training, dedication, an interest in research work, an interest in people and maintaining the state of the art. Now,

[Traduction]

l'hôpital ou qu'ils sont trop vieux pour faire quoi que ce soit. Même si quelqu'un vient les aider deux ou trois heures par jour, cela ne suffit pas, car il y a toutes sortes de dangers, il y a le problème d'incontinence, etc.

Je ne parle ici que du Québec car c'est un domaine où existe une très grande pénurie pour ceux qui ont besoin de soins à long terme, ce que j'appelle des soins chroniques; madame le ministre, vous ne pouvez pas me donner une réponse complète aujourd'hui mais vous dites que des négociations sont en cours avec M. Johnson et j'espère que vous pourrez me donner une réponse plus précise avant l'adoption du projet de loi, au sujet des effets qu'il aura sur la législation québécoise, car je considère que cette situation constitue un scandale au Québec.

Mme Bégin: Monsieur le président, pour résumer ma réponse à M. Allmand, non, je ne sais pas.

I based my assessment of the situation in Quebec ...

My analysis of the Quebec situation is based on repeated comments made to me by two ministers of health, Dr. Lazure and Mr. Pierre-Marc Johnson, over the last few years and they have told me that these boarding fees were indeed provided for in the case of permanent residents. However, I do not have this information in the case of Quebec, particularly since 1977. This should be furthered with Mr. Pierre-Marc Johnson, since I am unable to provide you with an answer now. Before the block financing scheme, we had in Quebec some kind of user fees, some kind of extra billing, for chronic patients and those fees were deducted from our payments. We would not allow them because they were not accepted. However, this was the case of chronic patients in need of health care, as was just explained by Mr. Allmand. But I am not aware of today's situation.

Une voix: Je vous remercie.

Le président: Je vais donner la parole à M. Hudecki pour terminer le premier tour, après quoi nous passerons au second tour de questions, à moins que quelqu'un qui n'est pas encore intervenu souhaite prendre la parole.

Nous allons, j'imagine, poursuivre jusque vers 12h20 si vous êtes d'accord. Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: Monsieur le président, j'aimerais signaler au ministre que ce qui m'inquiète ici, c'est que le projet de loi ne porte pas du tout sur la qualité des soins médicaux que réclame la collectivité. Cela dit, il est évident que la qualité de ces soins dépend non seulement de la disponibilité de médecins compétents et qualifiés, mais également du matériel et du soutien technique nécessaires aux hôpitaux. Je ne vais pas mentionner la question des frais modérateurs, mais je me concentrerai surtout sur l'importance qu'il y a de promouvoir, au niveau du corps médical, des normes très élevées en matière de soins.

A cette fin, il faut des gens spécialement formés, des gens dévoués, des gens qui font de la recherche, qui ont leurs semblables à coeur et qui sont soucieux de faire progresser la

[Text]

that is what makes the difference between an excellent system, such as we have, and one that will deteriorate and is deteriorating in many other national health systems.

In order to do that these people do spend more time, more money, more of themselves in order to prepare to do the work that is expected of them. And by taking away an extra compensation for this, we are going to lose that incentive, we are going to lose these people—indeed we are losing them. A considerable number of specialists have left the Province of Quebec. These are the well-trained people, the people with experience. We are also losing them to other countries. A number go into other sorts of administrative professions or they go into some other aspect of Canadian society, other than practise the skills they have acquired.

Now, I know this is not easily solved, that this should be solved by the medical profession itself. The medical profession should develop a scale of fees commensurate with the training, the experience and the special requirements. They have difficulty in negotiating with the individual provinces in order to accomplish this and that makes it difficult for them, because there is no real accounting of the funds that are available for the provinces to meet these needs. I know the federal government does not have the authority to do it, but certainly it should have the moral suasion and should have some way of seeing that this category of physicians and surgeons is kept in the country, in order to maintain the high quality of care that is required.

Of course, that is just half the picture; the other half of the picture is supplying them with the equipment and the facilities in order to do the work. His is a real problem and it is one that cannot be readily detected, except by people who are in the field. The people who are leaving are the ones who are heads of services, who have had years of experience, and who are at the peak of their abilities and of their training. These are the ones who sort of gradually slip away from the system, and this is one form of deterioration that could be stopped, if these people had an opportunity to negotiate for what they feel they are worth through the medicare system, not necessarily through extra billing. This is the only question I am leaving.

• 1150

The Chairman: Madam Minister, do you have comments on that?

Madam Bégin: Yes, but they are short, Mr. Chairman. I would not be able to equate quality of care and the reach of excellence with extra billing. I do not think one could do that. I would just remark that there are many, very talented, competent physicians—in fact, the vast majority of them in Canada—who function within the system and do not extra bill, and do not feel the need for an extra money incentive to give us the best of their potential. That, I think, is my remark. It is

[Translation]

profession. Voilà toute la différence entre un système excellent comme le nôtre et un système qui va se dégrader comme c'est effectivement le cas dans bon nombre d'autres pays.

Pour y arriver, tous ces gens dont je parle consacrent davantage de temps, d'argent et d'efforts personnels pour se préparer à accomplir les tâches qu'on attend d'eux. Si nous leur supprimons ce surcroît d'indemnisation, nous perdons du même coup l'encouragement que celui-ci représente et nous risquons de perdre ces spécialistes; en fait, c'est précisément cela qui se passe. Enormément de spécialistes ont déjà quitté le Québec, ce sont des gens d'une formation supérieure qui jouissent d'une grande expérience. Tous ces gens, nous les perdons au profit d'autres pays. Certains d'entre eux passent à l'administration ou à un autre secteur d'activités, au lieu d'exercer le métier qu'ils ont appris.

Je sais que c'est un problème difficile à résoudre et je sais qu'il ne faudrait pas en charger exclusivement le corps médical. Ce dernier pourrait mettre au point une fourchette d'honoraires en fonction de la formation, de l'expérience et des circonstances particulières à chaque cas. Il lui est très difficile de négocier avec les pouvoirs provinciaux pour y arriver, et la chose est d'autant plus difficile qu'il n'existe en fait aucune comptabilisation de l'argent qui est précisément mis à la disposition des provinces dans ce but. Je sais que le gouvernement fédéral est impuissant à cet endroit, mais il devrait au moins pouvoir exercer par exemple certaines pressions morales pour faire en sorte que d'une façon ou d'une autre, cette catégorie de médecins et de chirurgiens ne déserte pas notre pays et que nous puissions continuer à compter sur des soins de qualité.

Evidemment, cela n'est qu'un côté de la médaille: l'autre, c'est qu'il faut donner à ces gens-là le matériel et l'infrastructure dont ils ont besoin pour faire leur travail. Cela, c'est un gros problème, difficile à déceler, si ce n'est pas par les spécialistes eux-mêmes. Tous ces gens qui quittent le Canada sont précisément ceux-là, les chefs de service, qui ont des années et des années d'expérience, qui sont au faite de leurs compétences et qui ont le maximum de formation. Ce sont ceux-là qui nous glissent entre les doigts, qui abandonnent le système et c'est cette dégradation qu'il nous faut arrêter et que nous pourrions arrêter si nous donnions à ces gens le loisir de négocier les honoraires qu'à leur avis, ils méritent dans le cadre du régime, mais non pas nécessairement en empruntant la voie de la surfacturation. Voilà l'essence de la seule question que je voulais vous soumettre.

Le président: Madame le ministre, auriez-vous quelque chose à répondre?

Mme Bégin: Oui, mais très rapidement, monsieur le président. Il me serait impossible de mettre en parallèle la qualité des soins, la recherche de l'excellence, et la surfacturation. Je ne pense pas que ce soit possible. J'aimerais simplement signaler que nous comptons énormément de médecins extrêmement compétents et bourrés de talents—en fait ce sont la majorité des médecins que nous avons au Canada—qui s'accommodent du système, qui ne perçoivent pas d'honoraires

[Texte]

difficult to answer because I think it is fair to say that Dr. Hudecki made the point of his own opinion on the subject.

The Chairman: Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: That is exactly the point that I made. It is the ones who are working within the field who see this happening, and I think they are the ones who have to remedy it. What I am asking is that the system recognize that situation and that, in particular, steps be taken when they are negotiating with the province to support them. If it is necessary to increase the amount of support that the provinces require to meet the needs of these people, I think it should be done. I think the system is turning a blind eye to what is happening. If it continues, you will find there will be more and more people wanting extra special treatment who will have to go offshore, go out of the country in order to get it. What we want is to keep what we have, and there is a way of doing it.

This is the only statement that I would like to make, because there is very, very little reference to this category, to the quality of care that is expected of the Canadian public and the Canadian public deserves. Along that line, even some of the well-trained people whom we are training in the country under this system are filtering out by taking examinations and qualifying themselves to practice in other fields.

I am just asking that we be aware that this is a problem; it is a continuing problem. There is a solution within the system.

The Chairman: Madam Minister, any further comments on that?

Madam Bégin: Maybe one more, Mr. Chairman. If doctors as a profession, as a group, want to discuss another mode of remuneration, other than fee for service, which would include components, mind you, very difficult to assess, as special competence, they are free to do so, to introduce that element in their discussion with the provinces. It is really for them and the provinces to settle that. We do not interfere with that at all.

However, I think it is fair to say that, historically and geographically, countries have not wanted to touch with a 10-foot pole the question of competence, of assessing competence of individuals, because it is over other individual members of the same profession. How would you do that? But nothing in the act prevents them, if a technique is devised, to approach that question.

[Traduction]

supplémentaires et qui ne ressentent pas le besoin d'en demander pour nous donner le meilleur d'eux-mêmes. Voilà ce que je voulais vous dire. C'est une question à laquelle il est difficile de répondre dans la mesure où, à mes yeux, M. Hudecki, on peut bien le dire, a surtout fait valoir son propre point de vue.

Le président: Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: Précisément. Ce sont ceux qui exercent leur métier qui constatent cette évolution et je crois que ce sont précisément ceux-là qui doivent y apporter remède. Je demande simplement que le système reconnaisse cette réalité et, en particulier, que certaines mesures soient prises au moment des négociations entre les praticiens et la province pour aider les premiers. S'il faut pour cela relever le niveau du soutien financier dont auraient besoin les provinces pour y donner satisfaction, pour moi, il faut le faire. J'ai le sentiment que notre système actuel fait l'autruche et refuse d'admettre la réalité. Si cela continue, vous vous rendrez rapidement compte qu'il y a de plus en plus de gens ayant besoin de soins très particuliers qui devront aller à l'étranger pour les obtenir. Ce que nous voulons, c'est conserver ce que nous avons déjà et il est possible d'y arriver.

C'est là la seule chose que je voulais faire valoir, dans la mesure où l'on fait extrêmement peu allusion à cette catégorie de spécialistes, à cette catégorie de soins que la population canadienne mérite et dont elle a d'ailleurs besoin. Dans le même ordre d'idées, certains des spécialistes que nous formons nous-mêmes ici au Canada dans le cadre du système, nous glissent entre les doigts en passant des examens et en se faisant accréditer pour exercer dans d'autres domaines.

Je vous demande simplement d'être conscients de l'existence d'un problème, d'un problème récurrent. Le système toutefois se prête à une solution.

Le président: Madame le ministre, auriez-vous autre chose à ajouter?

Mme Bégin: Une dernière chose peut-être, monsieur le président. Si les médecins qui constituent une profession, un groupe, veulent discuter d'une autre formule de rémunération, et je ne parle pas des honoraires à l'acte, une rémunération qui, ne vous en déplaît, sous-tendrait certains éléments extrêmement difficiles à évaluer, par exemple la compétence spéciale, ils sont parfaitement libres de le faire, ils sont parfaitement libres d'en parler lors de leurs discussions avec les autorités provinciales. En fait, c'est un contentieux qui doit être réglé entre les médecins et la province et nous ne nous ingérons absolument pas du tout dans ce processus.

En revanche, il faut ajouter, j'imagine, que d'un point de vue historique comme géographique, aucun pays n'a jamais voulu toucher, même avec des pincettes, la question de la compétence professionnelle, la question de l'évaluation de la compétence professionnelle, parce qu'il s'agit d'un domaine qui appartient aux confrères faisant partie du même groupe professionnel. Comment voulez-vous procéder? Par contre, rien dans le texte de loi ne les empêcherait de s'en charger eux-mêmes à condition de mettre au point les moyens nécessaires pour le faire.

[Text]

The Chairman: Thank you.

Mr. Hudecki: Just one final thing. I agree that it is within the profession itself that that status has to be established and a scale of fees be reached which will be based on factors that I have mentioned. But having done that, that particular group has difficulty with the provinces in order to negotiate for the extra fees, mainly because so little is known as to how the money is spent that we transfer to the provinces. A certain percentage of it is spent for medical purposes, but a very high percentage goes into the general taxation, and the doctors in negotiating with the provinces have difficulty in knowing what types of funds and what funding is available to the province. I think this is a major problem.

• 1155

That is all.

The Chairman: We will now go into a second round. I think we will have to limit it to around five minutes per questioner for the next . . .

Madam Bégin: May I have the right to reply?

The Chairman: Yes, Madam Minister.

Madam Bégin: Very rapidly, Mr. Chairman. Thank you.

Mr. Hudecki raised a very good point often brought up by doctors or hospital administrators in particular. This bill proposes an annual report to Parliament, which could, I think, within certain rules, be referred to the standing committee, on each of the provinces, to open up to the various players, not only to the two levels of government, facts and figures for them to be equipped to fight their fights.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, thank you.

I would like to ask the Minister the question of the bill and its impact on financing, specifically in reference to premiums.

The provinces, as the Minister has stated today, have the primary responsibility of the administration of the hospital system, and provinces have used various means to raise in part or in whole their portion of the health care system. The Minister has said at numerous times that premiums are regressive—and I have said the same thing in the overall social policy area—but that does not address the question or the problem that we face in terms of making the system work or function after the passage of this bill.

[Translation]

Le président: Je vous remercie.

M. Hudecki: Une dernière chose, je vous prie. Je suis d'accord avec vous pour dire que c'est un domaine qui relève de la profession elle-même, c'est-à-dire que le statut professionnel doit être établi et qu'une fourchette d'honoraires peut être acceptée en fonction des facteurs que j'ai moi-même mentionnés. Toutefois, dans un deuxième temps, le groupe dont nous parlons a énormément de mal à négocier avec la province cette question des honoraires supplémentaires, et cette difficulté est principalement due au fait que nous ignorons pratiquement tout de la façon dont l'argent que nous versons aux provinces est dépensé par ces dernières. Un certain pourcentage de ce total est dépensé à des fins médicales, mais un pourcentage très élevé également passe à la fiscalité générale, et les médecins, qui négocient avec les provinces, ont vraiment beaucoup de mal à découvrir quelle est la véritable structure de financement du régime provincial. Voilà, je crois, un gros problème.

Ce sera tout; merci.

Le président: Nous passons maintenant au deuxième tour de questions, que nous allons devoir, je crois, limiter à plus ou moins cinq minutes par intervenant . . .

Mme Bégin: Me donnerez-vous le droit de répondre?

Le président: Mais certainement, madame.

Mme Bégin: Mais très rapidement, monsieur le président. Je vous remercie.

M. Hudecki a avancé un argument très valable qu'on entend très souvent dans la bouche des médecins et des administrateurs des hôpitaux. Le projet de loi propose le dépôt au Parlement d'un rapport annuel qui pourrait, je crois, moyennant certaines règles, être renvoyé devant le Comité permanent. Il porterait sur chacune des provinces et ainsi, les divers protagonistes, et je n'entends pas seulement ici les deux paliers de gouvernement, auraient à leur disposition les faits et les chiffres qui pourraient leur être utiles à la table de négociation.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Je vous remercie, monsieur le président.

J'aimerais demander au ministre ce qu'elle pense de l'incidence du projet de loi sur le financement, et je pense ici plus particulièrement aux primes.

Le ministre nous l'a dit aujourd'hui, il appartient principalement aux provinces de gérer le système hospitalier, et les provinces à leur tour ont eu recours à divers moyens pour financer en tout ou en partie leurs obligations dans le cadre du régime des soins de santé. Le ministre a répété à plusieurs reprises que la formule des primes était une formule rétrograde—chose que j'ai moi-même dite en parlant dans l'ensemble de la politique sociale—mais cela ne règle toutefois pas la question, le problème qui se pose à nous aujourd'hui, en l'occurrence faire en sorte que le système fonctionne après l'adoption du projet de loi.

[Texte]

For example, the Province of Ontario has decided that premiums, at least in part, are a valid way to raise funds for the health care system. As a federal jurisdiction, obviously we cannot get into the area of whether or not that is valid because of the taxing power and they have that right, but I want to make sure that when I make that statement I do not fall into what I believe is a trap the Minister creates for herself, and that is when she uses the word "premiums" that she leaves the impression that everybody pays premiums in these provinces, because she knows that there are exemptions specially based on income for low-income families and individuals, as well as age.

Then there are other situations, Mr. Chairman; for example, in the Province of Manitoba, where part of the health care funding system is based on a payroll tax of 1.5% of gross payroll. So that as well is paid, if not by everyone, by everyone who is a purchaser of labour, either in goods or in services. So there is a premium there. Then there is a premium, for example, in sales tax. A certain portion—for instance, in the Province of Manitoba—of the sales tax is specifically designated for the raising of funds for the health care system. I have no argument with that either, but there is also no question that in Manitoba or other provinces that use sales tax for the raising of funds no individual is exempt if he or she makes a purchase.

So we can get into a long, philosophical argument about what is regressive and what is more regressive than another system. That is not my point.

I would like to ask the Minister this: Has the Minister sat down with the provinces who have premiums and discussed with them how the concept of accessibility, where before it was 95% and it is now 100% of insured... how the bill will be administered in those provinces that have premiums and what effect the bill will have on the premiums; and, more importantly, has she had an assessment from those provinces if they have to draw premiums—for instance, what will they have to raise in terms of sales tax?—and has she an assessment of what economic impact those tax changes would have on the Canadian economy?

The Chairman: Madam Minister.

• 1200

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, the answer is yes, I did discuss the matter of the proposed Canada Health Act on coverage of 100% of the population and therefore of the practice of premiums with the provinces—at least each of those which have premiums. That I remember for sure. Others might have asked questions and discussed it in detail, but I do not recall. I am sorry.

[Traduction]

Ainsi, la province de l'Ontario a décidé que la formule des primes représentait, partiellement du moins, un mode de financement parfaitement valable pour le système des soins de santé. Au niveau fédéral, il est évident que nous n'avons pas compétence pour juger de la validité de cette formule, puisqu'il s'agit d'un pouvoir d'imposition qui appartient à la province, mais j'aimerais au moins être sûr que, lorsque je dis cela, je ne tombe pas, moi aussi, dans le même piège que le ministre a elle-même créé, dans ce sens que, lorsqu'elle utilise le terme «primes», elle donne l'impression que tout le monde paie une prime dans ces provinces, alors qu'elle sait fort bien qu'il y a des exceptions qui sont fonction du revenu—c'est le cas des familles et des particuliers à faible revenu—et qui sont également fonction de l'âge.

Cela étant, il y a d'autres cas encore, monsieur le président: ainsi, au Manitoba, une partie du système médico-hospitalier est financé à même un précompte de 1,5 p. 100 du total de la rémunération brute. Voilà donc de l'argent qui vient de la poche, non pas de tout le monde, mais du moins de tous ceux qui achètent de la main-d'oeuvre, que ce soit sous la forme de biens ou de services. Cela équivaut donc à une prime. Puis il y a aussi une prime, mettons, qui revêt la forme d'une taxe de vente. Un certain pourcentage—prenons le cas du Manitoba—des recettes de la taxe de vente est expressément consacré au financement du système médico-hospitalier. Loin de moi l'idée de contester cette formule, mais il n'en reste pas moins que, au Manitoba comme ailleurs, dans toutes les provinces qui financent le système à même la taxe de vente, quiconque achète quoi que ce soit verse en fait une cotisation.

Bien sûr, nous pourrions parler très longtemps philosophie et discuter ce qui est rétrograde et ce qui est encore plus rétrograde, mais ce n'est pas mon objet.

J'aimerais demander au ministre si elle a rencontré ses homologues provinciaux dont les juridictions ont établi un système de primes, pour discuter avec eux de la façon dont cette notion d'accessibilité, comme il s'agissait auparavant de 95 p. 100, et maintenant de 100 p. 100 des assurés... de la façon dont ce projet de loi va être appliqué par les provinces dotées d'une formule de primes, et discuter également de l'incidence du projet de loi sur la structuration de ces primes. Plus important encore, les provinces lui ont-elles précisé si elles allaient devoir percevoir des primes—ainsi, pensons à l'incidence sur la taxe de vente—et j'aimerais également savoir si elle a reçu une indication de l'incidence économique de cette restructuration fiscale pour l'économie du Canada.

Le président: Madame le ministre, vous avez la parole.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Je répondrai par l'affirmative, monsieur le président. Dans mes discussions avec les provinces sur le projet de loi C-3, j'ai effectivement traité de la question de la couverture intégrale de la population, c'est-à-dire de la question des cotisations dans le cas des provinces où elles s'appliquent. J'en suis absolument certaine. Il se peut que d'autres aient posé des questions et soient entrés dans les détails, mais à mon regret, je ne m'en souviens pas.

[Text]

Although some of the premises of the member are wrong, Mr. Chairman, I would like to say that we should not lose track of a few facts. One in particular is that even in the three provinces with premiums on individuals, not the two or whatever provinces with premiums on industries . . . which, by the way, are not the same at all; they are not regressive in the same way, because they are based on potential of income or revenues or profits or what not—but on premiums on individuals which are the same for all the individuals, no one should forget, Mr. Chairman, that in those provinces the people, 35 such as Albertans, Ontarians, British Columbians, have already paid for the vast majority of all their health costs through their taxes. So premiums in terms of a source of revenue are a tiny source of revenue on top of and at the choice of the province, XYZ, and because of historical tradition, the general taxation power.

As I have said—and I immediately prefaced it, and do it again, with it is not really my business, but I have discussed it with provincial ministers—I think most of the time besides being a historical tradition for a reason, premiums are because in the eyes of these provinces it is a raising of consciousness of the population of the very high cost of health. That is surely a necessary objective every government wants to keep in mind. But I suggested to them we could discuss with the federal taxation people, who act for the provincial governments in taxes—could have a special item on the tax form doing the same thing; in other words, a technique by which a special light—that is not a good word—could focus on the health portion and would be far more accurate and probably effective because then the real health bill would appear. A premium of \$200 a year or whatever the amount for a family is not enough really to tell them the real cost of health by any stretch of the imagination. But it can be just too much for those who are in the grey area of being unemployed, of being the working poor, etc.

On that I want to explain to members, Mr. Chairman, the concept which I understood to be the case in Canada. Yes, it is true that there are exemptions for payment of premiums. But generally speaking they are very, very tough—I am tempted to say conservative, with a small “c”—levels of welfare payments; which means the toughest, the unquestionable situation of poverty. But all of the at least 20% of any given population fall as working poor, unemployed, in between jobs for months, which is unfortunately the situation for many Canadians now, and even none of those categories, but small people, are still hit in an undue fashion. That is the problem with premiums.

The Chairman: One short question. I want to go on.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I do not wish to take the time of the committee. First, I did not defend premiums. What I am

[Translation]

Bien que certaines des hypothèses de départ du député soient erronées, monsieur le président, je ne voudrais pas que nous perdions de vue certains faits, en particulier que même dans les trois provinces où les particuliers versent des cotisations—je ne parle pas des deux provinces où celles-ci sont à la charge des entreprises—ce qui ne revient pas du tout au même. Elles ne sont pas régressives de la même façon, parce qu'elles sont calculées en fonction des revenus, ou recettes, ou bénéfices potentiels—mais ceux des cotisations qui s'appliquent également à tous les particuliers. Il convient de ne pas oublier, monsieur le président, que dans ces provinces des gens—à savoir des habitants de l'Alberta, de l'Ontario, de la Colombie-Britannique se sont déjà acquittés, en grande majorité, de toutes leurs dépenses de santé en payant leurs impôts. Les cotisations constituent donc une infime source de revenu qui s'ajoute à ceux de l'impôt, sur décision de la province en question, et en raison d'un usage établi.

Comme je l'ai bien souligné en exergue, et je le répète, cette question ne relève pas réellement de ma compétence, mais j'en ai discuté avec les ministres des provinces—les cotisations constituent non seulement un usage établi, mais servent également, aux yeux des provinces en question, à sensibiliser la population aux coûts très élevés des dépenses pour la santé. C'est là un objectif fort nécessaire que tout gouvernement se doit de conserver présent à l'esprit. Mais je leur ai proposé d'en discuter avec des instances fédérales fiscales, mandataires des gouvernements provinciaux, en proposant de faire figurer sur la feuille d'impôt une rubrique spéciale qui accomplirait le même objectif, autrement dit, une façon de faire ressortir la quotité ressortissant à la santé: je ne m'exprime peut-être pas bien, et ce serait un moyen beaucoup plus précis, et probablement plus efficace de mettre clairement en relief la part qui revient effectivement à la santé. Ce n'est pas avec une cotisation de 200\$ par an pour une famille—je ne sais au juste quelle est la somme—qui permet d'indiquer même approximativement le coût réel de la santé, mais cela peut dépasser les possibilités de ceux qui se trouvent dans une zone d'ombre, du fait qu'ils sont en chômage, ou dont les revenus sont insuffisants.

A propos de cette question, je voudrais expliquer aux députés, monsieur le président, la philosophie qui est la nôtre à cet égard. Il est exact qu'il y a des exemptions aux versements des cotisations, mais d'une façon générale, elles sont soumises à des critères très rigoureux, j'oserais dire conservateurs, en me gardant de mettre une majuscule à ce terme—les niveaux de prestations d'assurance sociale, qui nous amènent à la question la plus difficile à résoudre, celle de la pauvreté. Les 20 p. 100 pour le moins de toute la population tombent dans la catégorie des travailleurs à faibles ressources, des chômeurs, de ceux qui sont pendant des mois à la recherche d'un emploi, ce qui est malheureusement le cas, à l'heure actuelle, pour grand nombre de Canadiens, et d'une façon générale, des petites gens qui sont accablés par cette situation, c'est là l'effet de ces cotisations.

Le président: Une brève question seulement, car je voudrais que nous poursuivions.

M. Epp: Monsieur le président, je ne veux pas accaparer le temps du Comité, et je voudrais tout d'abord faire remarquer

[Texte]

asking the Minister is—and she answered the one question, whether or not she had discussed it with the provinces. I appreciate that answer; but she did not even touch the question that I asked, what assessment has the federal government made if premiums are found to be impractical not for philosophical reasons but simply from an administrative point of view under this bill, because of the 100% accessibility of insured services which the bill requires.

That is not my argument. My question to the Minister is what assessment does the federal government have which if the provinces would have to draw premiums—and let us forget about the philosophical argument of premiums—would have to draw premiums . . . What assessment have they made on other tax forms that the provinces would then have to increase sales tax, payroll tax or other taxes that are used to raise the provincial portion? What assessment have you made, and what impact would those changes of tax rates have on the economy, and for example, on the recovery of the economy right now? Do you have any assessments in the department if, in fact, the bill has that impact on premiums? Obviously, the money has to be raised somehow. Where is your assessment, and do you have one?

• 1205

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, the bill does not prohibit premiums at all. I want to repeat that to the member. It simply makes sure—which has always been the rule of the game, by the way, always—that premium payment must be divorced from the right to service by the patient. That has always been the rule of the game. There is nothing new in that. So the bill does not do all the terrifying things the member suggests. I just want to repeat that.

Mr. Epp: But, Mr. Chairman, surely you see the point . . .

The Chairman: Order, please.

Mr. Epp: —that the bill will have an impact on premiums as to how they will be affected.

The Chairman: All right, Mr. Epp. Let the Minister answer. You have made your point, and the Minister should answer.

Madam Bégin: I think it is fair to the member that we will have to demonstrate that. The bill, the way it is written, simply continues what has always been the rule in Canada; namely, that people cannot be denied services because they have not paid their premium any more than they can be denied services because they did not yet pay their taxes.

So for the three provinces' premiums, first, it would be improper for the federal government to decide for a province what other means of taxing they would use. But it would

[Traduction]

que je ne viens pas à la défense des cotisations. J'ai demandé au Ministre si elle en avait discuté avec les provinces, et elle a répondu à cette question, ce dont je l'en remercie. Mais elle n'a nullement abordé la question que j'ai posée, à savoir si le gouvernement fédéral jugeait que les cotisations ne constituent pas une façon pratique de résoudre la question, non pour des raisons philosophiques, mais simplement d'un point de vue administratif en raison de la couverture à 100 p. 100 imposée par le projet de loi.

Mais ce n'est pas là mon argument: ce que je demandais au Ministre, c'est que si les provinces devaient exiger des cotisations, en laissant de côté l'argument philosophique—quelle est l'évaluation du gouvernement fédéral sur cette question des cotisations . . . Quelle évaluation le gouvernement fédéral a-t-il faite d'autres mesures fiscales que devraient prendre les provinces l'impôt sur les ventes, l'impôt sur les salaires ou autres procédés fiscaux utilisés pour augmenter la part provinciale? Quelle évaluation avez-vous faite, et quelles répercussions ces modifications de l'imposition auraient-elles sur l'économie et en particulier, à l'heure actuelle, sur la relance de l'économie? Le ministère prévoit-il, en fait, que le projet de loi aurait cette répercussion sur les cotisations? Cet argent, de toute évidence, doit être prélevée de l'une ou l'autre façon. Quelles évaluations avez-vous faites, si tel est bien le cas?

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Le projet de loi, monsieur le président, n'interdit nullement les cotisations, et je voudrais de nouveau l'assurer au député. Il stipule simplement—ce qui a d'ailleurs toujours été de règle—que le droit, par le malade, aux prestations, n'est pas indissolublement lié au versement des cotisations, ce qui a toujours été la règle du jeu et ne constitue nullement une innovation. Le projet de loi n'est donc pas l'épouvantail que dépeint le député, et c'est ce que je voudrais bien faire comprendre.

M. Epp: Et vous comprendrez certainement, monsieur le président . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. Epp: . . . que le projet de loi ne peut être sans effet sur les cotisations.

Le président: Mais oui, monsieur Epp. Vous avez bien formulé votre objection, permettez donc maintenant au ministre de vous répondre.

Mme Bégin: Ce n'est que justice à l'égard du député que nous en faisons la preuve. Le projet de loi, dans sa forme actuelle, ne fait que perpétuer ce qui a toujours été de règle chez nous, à savoir qu'on ne saurait davantage refuser des prestations à des personnes qui n'ont pas versé leurs cotisations qu'on ne saurait refuser des prestations à ceux qui n'ont pas payé leurs impôts.

En ce qui concerne donc la question des cotisations pour les trois provinces, il convient de faire remarquer qu'il serait incorrect, pour le gouvernement fédéral, de décider des autres

[Text]

amount for them to what it amounts to for the seven other provinces on a per capita ratio. I think it is pretty easy to understand. In lay people's words, it means the sum total of money collected through premiums in province *x*—and of course, I assume it goes to health—must be translated into a tax point measure, and it is not for the federal government to decide that. It is quite improper. I suppose by the amounts known through the annual reports of the provinces, it would equate to a fraction of one tax point or a few tax points, depending on the various cases, like those existing already in the other provinces.

The Chairman: I will go to Mr. Blaikie now.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I regret that the emphasis of my colleagues in the Progressive Conservative Party, in so far as it concentrates on premiums, in so far as it concentrates on funding and in so far as it does not concentrate on any anxiety about the effectiveness of the bill as it pertains to extra billing and user fees, and in so far as it does not help to push the health care system along towards a less physician-dominated health care system, seems to be a mirror image of the position taken by the Canadian Medical Association and the provinces. I thought they had grown beyond this. But I have listened to the questioning earnestly this morning, and I find what seemed to be a conversion is a much more half-hearted conversion than had originally been perceived to be the case.

An hon. Member: You are backing in through the back door!

Mr. Blaikie: It is unfortunate that we have the Conservative Party acting again, only this time with more sophistication, as a surrogate for the provinces and for the Canadian Medical Association. So the more things change, the more they stay the same, Mr. Chairman.

I would like to ask the Minister about the penalties. We have discussed this before. The problem, it seems to me, with the penalties as they are . . . I remember the Minister's saying she wanted them to be effective, but not so effective as to be damaging, if they came into effect.

The problem is that they are least likely to be effective—at least fiscally, if not politically and symbolically—in those provinces where we most need them to be effective, because where we have extra billing at intolerable levels is in provinces where the penalties themselves will be most insignificant, in the wealthier provinces, which incidentally, are the same provinces that charge premiums. This makes a mockery of the anxiety the hon. member from Provencher has about where these provinces are going to find the money if they have to abandon premiums.

[Translation]

mesures fiscales que devrait prendre une province, mais celles-ci devraient représenter, pour les provinces en question, ce qu'elles représentent, par personne, pour les sept autres provinces. Ma réponse ne devrait pas poser de difficulté. Pour parler comme le commun des mortels, cela revient à dire que l'ensemble des sommes produites par les cotisations provinciales—en posant bien entendu comme hypothèse que celles-ci sont destinées aux dépenses santé—doivent représenter un certain pourcentage de l'impôt, pourcentage pour lequel la décision ne revient pas au gouvernement fédéral, ce qui serait tout à fait déplacé. D'après les chiffres qui se dégagent des rapports annuels des provinces, cela reviendrait, j'imagine, à une fraction d'un point fiscal ou à plusieurs points fiscaux, selon les cas, ainsi que cela se présente déjà dans les autres provinces.

Le président: Je vais maintenant donner la parole à M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je regrette que la position de mes collègues du Parti progressiste-conservateur semble être une image inversée de celle qui a été adoptée par l'Association médicale canadienne et par les provinces dans la mesure où elle insiste sur les cotisations et le financement, ne manifeste aucune crainte quant à l'efficacité du projet de loi en matière de surfacturation et de frais modérateurs, et dans la mesure où ils ne semblent nullement désireux de rendre le Régime d'assurance-maladie moins tributaire des médecins. J'espérais que leur position avait évolué mais après avoir écouté attentivement les questions ce matin, j'en ai retiré l'impression que leur soi-disant conversion était beaucoup plus réticente qu'il ne semblait à l'origine.

Une voix: Vous entrez par une porte dérobée!

M. Blaikie: Il est regrettable que le Parti conservateur se substitue de nouveau—mais avec plus de raffinement cette fois—aux provinces et à l'Association médicale canadienne.

Nous en avons déjà discuté, mais j'aimerais demander au ministre ce qu'elle pense des pénalités. Le problème, en ce qui concerne les pénalités, c'est que . . . Je me rappelle l'avoir entendu dire que d'après elle, les pénalités, si elles étaient mises en vigueur, devraient être efficaces sans pour autant être nocives.

La difficulté, c'est qu'elles ont moins de chance d'être efficaces au point de vue fiscal tout au moins, sinon politique et symbolique—dans les provinces où nous avons le plus besoin qu'elles le soient, car nous avons justement une surfacturation écrasante dans les provinces où les pénalités seront le plus insignifiantes, dans les provinces les plus prospères qui sont justement les provinces qui imposent des cotisations. C'est tourner ainsi en dérision les craintes que le député de Provencher a formulées quant à la capacité qu'auraient ces provinces, si elles renonçaient aux cotisations, de trouver les fonds nécessaires.

[Texte]

• 1210

My concern is for provinces... have-not provinces, for instance, for whom the penalty is significant—that want to move in the first year to do away with extra billing and user fees. But a province that is wealthier and more ideologically committed to extra-billing and user fees decides to wait out the three-year period. What happens is that the have-not province, which respects the principles of medicare and wants to move in the first year, will be put at a disadvantage in relation to a neighbouring province that continues extra billing and user fees, a province that is not worried about the penalty because it is so insignificant for them fiscally. The province that moves quickly will be put at a disadvantage, because there will be a tendency on the part of specialists, etc., to move from that province to a neighbouring province that continues to allow extra billing and user fees. That is my problem with the three-year period and with the effectiveness of the penalties.

I want to ask the Minister whether she will at least be open to arguments—if witnesses come forward and make similar arguments—will she be open to considering whether or not the penalties need to be strengthened in the punitive sense, so that there is more chance that provinces that can absorb them fiscally will be more likely to respond? And will she consider combining that with a positive incentive for provinces that do want to act quickly? I think this would be a much more effective way of going about it. Will she consider that?

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: I cannot consider the latter part of the question. I thought I had answered it. I suppose that “positive incentive”...

Mr. Blaikie: Means more money.

Madam Bégin: —means more money...

Mr. Blaikie: Yes, you got it.

Madam Bégin: —and I do not quite understand where it would come from and why.

The purpose of the Act is not to be punitive against provinces. The purpose of the Act is to strengthen the medicare that we Canadians gave ourselves as a society by making sure that there is no more extra billing and user fees. Can it be done overnight? The answer is no, and we offered a three-year adjustment period. Yes, we are open to discussing other proposals that might be better. I must say I have never heard any, but yes, everybody of course would welcome better proposals toward that objective.

The objective is to have, one day, medicare without extra billing and user fees. How quickly? We think three years is a reasonable approach. How effective? As I said, that cannot, by anybody, be done overnight—whatever the political colour of the government, by the way, of the provincial government. Everybody is conscious of that. We are talking of a gradual

[Traduction]

Je pense particulièrement aux provinces—les provinces défavorisées, par exemple, pour lesquelles la pénalité ou la perte est importante—qui voudront prendre dès la première année des mesures pour supprimer la surfacturation et les frais modérateurs. Par contre, une province plus riche et plus engagée, d'un point de vue idéologique, à poursuivre cette politique de la surfacturation et des frais modérateurs pourrait décider d'attendre la fin de la période de trois ans. Dans ce cas, la province défavorisée qui respecte le principe de l'assurance-maladie tout en voulant prendre des mesures dès la première année, se trouvera désavantagée par rapport à une province voisine qui continue la surfacturation et les frais modérateurs, province qui ne se soucie pas de la perte fiscale étant donné son peu d'importance pour elle. La province qui réagit rapidement sera désavantagée dans la mesure où les spécialistes etc. voudront déménager vers une autre province où on permet la surfacturation et les frais modérateurs. Voilà la difficulté que j'envisage en ce qui concerne la période de trois ans et les conséquences des pénalités.

Je demanderais donc au ministre si elle sera disposée à écouter favorablement des arguments semblables présentés par des témoins, sera-t-elle disposée à envisager la possibilité de renforcer les pénalités afin que les provinces qui sont en mesure d'y faire face soient obligées de considérer davantage les conséquences? Le ministre voudra-t-elle envisager aussi un stimulant positif pour les provinces qui veulent agir rapidement? Je pense que ce serait une façon beaucoup plus efficace de s'y prendre. Acceptera-t-elle d'y penser?

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Je ne peux tenir compte de votre dernière proposition, car je crois y avoir déjà répondu. Je suppose que le stimulant positif...

M. Blaikie: Implique davantage d'argent.

Mme Bégin: ... implique davantage d'argent...

M. Blaikie: Oui, vous avez pigé.

Mme Bégin: ... Et je ne comprends pas très bien d'où il viendrait et pourquoi.

La loi ne se veut pas un objet de punition contre les provinces. Il s'agit de renforcer l'assurance-maladie dont notre société canadienne s'est dotée par l'élimination de la surfacturation et des frais modérateurs. Cet objectif peut-il se réaliser du jour au lendemain? La réponse est non et nous avons prévu trois ans comme période de rajustement. Nous sommes effectivement prêts à discuter d'autres propositions qui risqueraient d'être meilleures. Je dois dire que je n'en ai pas entendu mais il est évident que nous serions tous prêts à écouter favorablement des propositions susceptibles de mieux réaliser notre objectif.

Nous voulons finir par avoir un système d'assurance-maladie sans surfacturation et frais modérateurs? Dans quel délai? Nous pensons qu'une période de trois ans est raisonnable. Jusqu'à quel point notre objectif sera-t-il atteint? Comme je l'ai déjà dit, nous ne pouvons pas le réaliser du jour au lendemain, quelles que soient les couleurs politiques du

[Text]

approach toward that goal. Already, what the member says is true, it is in the richest provinces that we observe the phenomenon often—not always. Already two of those provinces, Ontario and Alberta, have suggested a move toward adjustment. They have already said publicly, they have given the signals, that there will be something towards reaching that goal. That is immediately. That gives hope for three-years' time and that is exactly the purpose of the Bill. If a better approach exists, we want to hear about it.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman . . .

The Chairman: Mr. Blaikie, last question, right now.

Mr. Blaikie: —just on that, on the penalties, would the Minister be willing to consider an escalating penalty for provinces that decide to take their time? I will let her answer that when I am finished, Mr. Chairman, because I do not want the time to disappear.

The Chairman: She can answer now. Madam Minister.

Mr. Blaikie: Well—as long as you come back to me.

The Chairman: Yes.

Madam Bégin: I do not understand the question, Mr. Chairman. What does he mean by “an escalating penalty”?

Mr. Blaikie: Let me give you an example, and it is only an example. An escalating penalty means a penalty that goes up every year, according to the . . . you got it?

Madam Bégin: After the three years or during the three years?

Mr. Blaikie: For example, the first year . . .

Madam Bégin: After the three years or during?

Mr. Blaikie: No, no, within the three-year period. The first year it is dollar for dollar; the second year it is two dollars for one dollar; the third year it is three dollars for one dollar. Do you understand?

An hon. Member: Now that you have explained it, I know they can be bought.

Mr. Blaikie: I did not think I had to explain the concept of escalation, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie, do you want to carry on for a moment?

Mr. Blaikie: Yes. I would like to go back to the question that was raised with regard to the ongoing relationship . . . pardon?

An hon. Member: She did not answer your question.

Mr. Blaikie: I did not really expect her to.

[Translation]

gouvernement, y compris le gouvernement provincial. Tout le monde comprend cela. Il s'agit d'atteindre peu à peu cet objectif. Déjà l'observation du député s'avère juste, c'est dans les provinces les plus riches que nous constatons souvent le phénomène—mais pas toujours. Deux de ces provinces, l'Ontario et l'Alberta, ont déjà proposé des mesures en vue de rajustement. Elles ont dit publiquement, elles ont fait comprendre qu'elles feront quelque chose pour parvenir à cet objectif. Il s'agit de mesures immédiates. Cela nous donne de l'espoir pour la période de trois ans et cela correspond exactement à l'objet du projet de loi. S'il existe de meilleurs moyens, nous voudrions certainement les connaître.

M. Blaikie: Monsieur le président . . .

Le président: Monsieur Blaikie, c'est votre dernière question.

M. Blaikie: À ce propos, en ce qui concerne les pénalités, le ministre serait-elle prête à considérer la possibilité d'une pénalité qui augmente progressivement pour les provinces qui prennent trop longtemps? Elle pourra me répondre quand j'aurai terminé, monsieur le président, car je ne veux pas que tout mon temps soit écoulé.

Le président: Elle pourra vous répondre maintenant. Madame le ministre.

M. Blaikie: Pourvu qu'il me reste du temps de parole après.

Le président: Oui.

Mme Bégin: Je ne comprends pas la question, monsieur le président. Qu'est-ce qu'on entend par une pénalité qui augmente progressivement?

M. Blaikie: Je vais vous donner un exemple et ce n'est qu'un exemple. Je veux dire une pénalité qui augmente chaque année selon le . . . Vous avez compris?

Mme Bégin: Après les trois ans ou pendant cette période?

M. Blaikie: Par exemple, la première année . . .

Mme Bégin: Après les trois ans ou pendant?

M. Blaikie: Non, pendant la période de trois ans. Pour la première année, 1\$ de retenue pour chaque dollar de surfacturation, la deuxième année ce serait 2\$ pour chaque dollar et la troisième année 3\$ pour chaque dollar. Comprenez-vous?

Une voix: Maintenant que vous l'avez expliqué, je comprends qu'on peut acheter leur accord.

M. Blaikie: Je ne pensais pas qu'il était nécessaire d'expliquer le concept de l'échelle mobile, monsieur le président.

Le président: Monsieur Blaikie, voulez-vous continuer?

M. Blaikie: Oui. Pour en revenir à une question qui a été soulevée concernant le rapport permanent . . . Je vous demande pardon?

Une voix: Elle n'a pas répondu à votre question.

M. Blaikie: Je ne m'y attendais pas vraiment.

[Texte]

An hon. Member: If she did, she would be Minister of Finance.

An hon. Member: As I say, I know they can be bought.

Mr. Blaikie: In a different political context, maybe.

The Chairman: I will ask the committee to bear with us for the next 10 minutes or so.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I am going back to . . .

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: —the debate between the Member from Kingston and the Islands and the Minister about whether or not more money going into the system now would simply perpetrate existing inefficiencies.

• 1215

It seems to me this is a crucial question to which there is no simple answer. There is an element of truth in the fact that if you simply fund the existing model without changing the existing model, you are going to perpetrate whatever inefficiencies there are in that system. That is a fact, because no one would argue that it is perfectly efficient. So, to the extent that you are just throwing money at the medicare system, you are not doing all that needs to be done. But we have a double problem; that is to say, in order to protect the principles of medicare, we have to inject more money into the system as it stands, because if people cannot get the health care services they expect within the existing health care model, and the kind of services they have been led to expect, then they are going to want to receive those services in some other way, either by paying for them themselves or by going elsewhere, or whatever. If health care continues to be the object of federal and provincial restraint, which it is, we are going to arrive at that kind of situation. So, the Minister has to face up to that question, and that will be difficult. For instance, the question of allocation of hospital beds; it is not easy. There are lots of people in the hospital who do not have to be there, who are put there because of certain ways of practising medicine on the part of doctors. There are others who need to be in hospital but who cannot get in. This all has to do with the way doctors practise medicine and with the way hospitals spend more money on high-priced administrators than on nurses, wards, beds and staffing. There are many players in the health care system, so I do not think either of the simplistic approaches that were adopted in the argument we were treated to earlier are adequate.

What we need is a debate on the way health care dollars are allocated in the system as it stands, and that is exactly what this bill does not do. It does not push us in that direction and that is to be regretted. It does not help the provinces who have to face up to some of these questions with the lack of a total federal-provincial partnership, because right now it is true that it is only the province's contribution to health care that is tied to increasing health care costs; the federal government's

[Traduction]

Une voix: Si elle le faisait, elle serait ministre des Finances.

Une voix: Comme je l'ai dit, je comprends maintenant qu'on peut acheter leur accord.

M. Blaikie: Dans un contexte politique différent, peut-être.

Le président: Je vais demander au Comité de faire preuve d'un peu de patience pendant les prochaines dix minutes.

M. Blaikie: Monsieur le président, je reviens à . . .

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: . . . au débat entre le député de Kingston et les Îles et le ministre . . . Il s'agissait de savoir si le fait de consacrer davantage d'argent au système en vigueur ne ferait que maintenir les insuffisances actuelles.

Il me semble que c'est une question cruciale à laquelle il n'existe pas de réponse simple. On peut prétendre avec une certaine justification que le fait de financer le modèle actuel sans y apporter de changement ne fera que maintenir les insuffisances qu'on y constate. C'est un fait et personne ne dirait que notre système actuel est parfaitement efficace. Donc, le simple fait de financer le système d'assurance-maladie n'est pas suffisant. Mais nous sommes devant un problème double; c'est-à-dire, afin de protéger le principe de l'assurance-maladie, nous devons injecter davantage de fonds dans le système actuel car si les gens ne peuvent pas obtenir les services de santé auxquels ils s'attendent dans le cadre actuel, et le genre de services qu'on leur a fait croire qu'ils sont en droit d'attendre, ils voudront les obtenir d'une autre façon soit en les payant eux-mêmes ou en s'adressant à d'autres. Si l'assurance-santé continue de faire l'objet de restrictions budgétaires de la part des provinces et du gouvernement fédéral, ce qui est à prévoir, nous allons nous trouver devant ce genre de situation. Donc le ministre devra faire face à cette question et ce sera difficile. Par exemple, la question de l'allocation de lits d'hôpital; ce n'est pas chose facile. Il y a beaucoup de personnes dans les hôpitaux qui n'ont pas besoin d'y être et qui y sont envoyées à cause d'une certaine façon d'exercer la médecine. Il y a d'autres personnes qui doivent être à l'hôpital mais qui n'arrivent pas à se faire admettre. Tout cela est relié à la façon dont les médecins exercent la médecine et la façon dont les hôpitaux consacrent davantage d'argent à des administrateurs bien rémunérés plutôt que de se préoccuper de leurs infirmières, leurs salles communes, leurs lits et leur dotation. Il y a de nombreux intervenants dans le système d'assurance-maladie et je ne pense donc pas que l'une ou l'autre des approches simplistes qui nous ont été présentées tout à l'heure soit suffisante.

Ce qu'il faut, c'est un débat sur la façon dont est réparti l'argent consacré au système d'assurance-maladie et c'est exactement ce qui manque dans ce projet de loi. Il n'incite aucune étude de cette question et c'est un fait à déplorer. Il n'aide pas les provinces qui doivent faire face à certaines des questions soulevées par l'absence d'une collaboration fédérale-provinciale totale car pour l'instant c'est seulement la contribution provinciale à l'assurance-maladie qui est liée à l'aug-

[Text]

contribution is tied to something unrelated to health care costs. So, what we have to do when we re-open the funding question, as I hope we will be able to do, we have to get the federal government back into the partnership so that both of them can become actively concerned about health care costs, and that will mean more federal involvement, not less federal involvement, in how our health care system develops. That is something that your provincial buddies will not like, so you will not be able to go for it.

Mr. Epp: We have more buddies than you, Bill.

Mr. Blaikie: You can have them.

The Chairman: I will ask the Minister to reply briefly. I want to go to Miss MacDonald for a question and then we will adjourn for the morning.

Madam Minister.

Madam Bégin: Mr. Chairman, at first glance, until it is better explained and we all have had a chance to discuss it, I would not favour a yearly doubling of the penalty as of April 1. I do not think that is helpful at all. The bill does not try to be punitive for the fun of being punitive. The bill tries to strengthen medicare as an institution for decades and years to come. So, I do not see how it helps a province. When the contract with the doctor is so many years and is already signed, that has to be respected. I do not see the point at all in doubling the penalty every year as of April 1.

Now, there is no federal restriction to reorienting the health care system the way we all wish and the way the member describes it, which is the purpose of, I suppose, most players around this table. Nothing in the federal bill restricts that; to the opposite. It is because of block funding that many more hundreds of millions of dollars were injected into the system through the new feature called extended health care, without links attached except that it had to go to health—now, whether it went to extended health care is another question—to reorient the system from the acute care beds towards the far less expensive and better equipped smaller institution needed for chronic care, for example. So, we are very conscious of that. We have done more, I think, than our share in trying to show what is our bias in favour of the orientation of the health system toward health prevention and promotion. And that is well known. But the member keeps talking . . . except he does not talk in billions yet—like the Tories; he keeps talking about far more money in the system. These are not the years for far more money in the system. These billions with which he suggests we would buy the new orientation of the health system do not exist. The provinces do not have them, the federal government does not have them. The Canadian taxpayers do their share, and I think it is wrong to think it is going to happen this year or next year.

[Translation]

mentation des coûts dans ce domaine; la contribution du gouvernement fédéral est reliée à quelque chose qui n'a pas de rapport avec les coûts des soins sanitaires. Il faut que toute la question du financement soit abordée, et j'espère que nous le ferons; le gouvernement fédéral devra collaborer sur un pied d'égalité en ce qui concerne les coûts de la santé, et cela voudra dire davantage, et non pas moins, de participation fédérale dans notre système d'assurance-maladie. C'est quelque chose qui ne sera pas apprécié par vos copains dans les provinces et vous ne pourrez rien y faire.

M. Epp: Nous avons davantage de copains que vous, Bill.

M. Blaikie: Vous pouvez les garder.

Le président: Je vais demander au ministre de répondre brièvement. Je vais donner la parole ensuite à M^{lle} MacDonald après quoi nous devons ajourner.

Madame le ministre.

Mme Bégin: Monsieur le président, sans de meilleures explications sur cette proposition et la possibilité pour tout le monde d'en discuter, je ne serais pas favorable à une pénalité qui serait doublée chaque année à partir du 1^{er} avril. Je ne pense pas que cela serait utile. Le projet de loi ne cherche pas à punir pour le simple plaisir de punir. Il essaie de renforcer l'assurance-maladie en tant qu'institution pour les décennies à venir. Je ne vois pas comment cela pourrait aider une province. Le contrat avec les médecins prévoit un certain nombre d'années et est déjà signé, il faut donc le respecter. Je ne vois pas du tout l'utilité d'avoir une pénalité qui serait doublée automatiquement chaque année à partir du 1^{er} avril.

Du côté fédéral, il n'y a rien qui empêche la réorientation du système d'assurance-maladie conformément à des objectifs communs mais je crois que c'est dans ce but que se trouvent les nombreux participants autour de cette table. Il n'y a rien qui limite cette possibilité dans le projet de loi, au contraire. Le financement global a permis d'injecter des centaines de millions de dollars de plus dans le système par ce que nous appelons les services complémentaires de santé, sans condition à part le fait que cet argent devait être consacré à la santé—quant à savoir si cela s'est effectivement passé, c'est une autre question—pour que le système ne mette plus tellement l'accent sur les lits d'hôpitaux pour les maladies aiguës mais se consacre davantage aux institutions plus petites et mieux équipées convenant aux cas chroniques, par exemple. Nous sommes très conscients de cela. Nous avons fait plus que notre part, à mon avis, afin de favoriser l'orientation du régime de santé vers la prévention et la promotion. C'est un fait bien connu. Toutefois le député continue de parler comme les conservateurs—sauf qu'il ne parle pas encore en milliards de dollars—il continue de parler de beaucoup plus d'argent consacré au régime. Or les temps ne sont plus à cette tendance. Ces milliards de dollars avec lesquels il propose que nous imprimions une nouvelle orientation au régime de santé n'existent pas. Les provinces n'ont pas cet argent, et le gouvernement fédéral non plus. Le contribuable canadien fait ce qu'il peut, et je crois que nous aurions tort de penser que cela se produira cette année ou l'an prochain.

[Texte]

[Traduction]

• 1220

Mr. Blaikie: What about the money you are pouring into the nuclear industry? That would be useful.

Madam Bégin: We are talking of the billions and the additional yearly money going into the health system without even being kept, that is big money permitting a lot of readjustment to the provinces.

Mr. Blaikie: Eight hundred million dollars. That is child's play to the nuclear industry, Mr. Chairman.

Madam Bégin: Of course it takes power and it takes co-operation.

Mr. Blaikie: Six billion dollars in PIP grants.

Mr. Breau: Are you against uranium mining?

Mr. Blaikie: Yes I am.

Mr. Breau: Tell it to your colleague from . . .

The Chairman: Order please.

Mr. Blaikie: I would tell anybody I am against uranium mining. NDP, I do not care who they are.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Chairman, I just want to raise one question, and it follows on the questioning of the member from Notre-Dame-de-Grâce with regard to chronic care hospitals. His questioning applied particularly to the Province of Quebec. I want to ask about similar situations in the Province of Ontario and I will outline an example case. Take a person who is totally incapacitated with Alzheimer's disease and is confined to a chronic care hospital for the rest of his or her life. That person is in a chronic care hospital and has to pay a certain amount monthly for being in that hospital. If he or she, with the same affliction, were to be in a provincial psychiatric hospital there would be no fee charged, but because the psychiatric hospitals are already filled and have a waiting list, that person has to go into a hospital other than a provincial psychiatric hospital and has to pay a certain amount each month.

Now, for all purposes, that can be defined as a user fee. What I would like to know is if any discussions are under way with the Province of Ontario to try to do something about this situation because you have a very unfair situation where one person with that disease, incapacitated for the rest of his or her life, can go into a provincial psychiatric hospital paying no fee, but at the same time if they cannot get in there because of no availability of beds, they have to go into another hospital where fees have to be paid.

The Chairman: Madam Minister.

Madam Bégin: I do not think the Canada Health Act would apply in an unfair way, if I understand well the situation described, because . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I am not asking you about the Canada Health Act. I am asking you whether or not . . .

M. Blaikie: Mais l'argent que vous consacrez à l'industrie nucléaire? Ce serait utile.

Mme Bégin: Nous parlons des milliards, des montants supplémentaires annuels versés au régime de santé, qui permettent aux provinces d'apporter beaucoup de réajustements.

M. Blaikie: Huit cents millions de dollars. C'est un jeu d'enfant pour l'industrie nucléaire, monsieur le président.

Mme Bégin: Evidemment, il faut du pouvoir et de la coopération.

M. Blaikie: Six milliards de dollars en subventions PEP.

M. Breau: Vous opposez-vous à l'exploitation de l'uranium?

M. Blaikie: Oui.

M. Breau: Dites-le à votre collègue de . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. Blaikie: Je suis prêt à dire à quiconque que je m'oppose à l'exploitation de l'uranium. Aux Néo-démocrates, à n'importe qui, je m'en moque.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, j'ai simplement une question à soulever, suite à l'intervention du député de Notre-Dame-de-Grâce sur les hôpitaux de malades chroniques. Ses questions portaient particulièrement sur le Québec. Je voudrais savoir s'il y a des situations semblables en Ontario, et je vais vous donner un exemple. Prenons quelqu'un, handicapé complètement par la maladie d'Alzheimer et condamné à un hôpital de malades chroniques pour le restant de ses jours. Il doit verser certaines mensualités pour y rester. Or si, souffrant du même mal, il se trouvait dans un hôpital psychiatrique provincial, il n'y aurait aucun frais, mais parce que ces derniers sont déjà complets, qu'il y a une liste d'attente, il doit aller dans un hôpital autre qu'un hôpital psychiatrique provincial et verser certaines mensualités.

Or à toutes fins pratiques, on peut définir ces mensualités comme un droit d'usager. J'aimerais savoir si des discussions sont en cours avec la province de l'Ontario afin d'essayer de remédier à cette situation, car il s'agit d'une situation des plus injuste, où une personne affligée de cette maladie, handicapée pour le restant de sa vie, peut aller dans un hôpital psychiatrique provincial et ne rien payer, alors que, s'il n'y a pas de place dans ces hôpitaux, faute de lits, elle devra se rendre dans un autre hôpital, où il y aura des frais.

Le président: Madame le ministre.

Mme Bégin: Je ne crois pas que la loi canadienne sur la santé serait en cause d'une façon injuste, si je comprends bien la situation que vous décrivez, car . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je ne vous demande pas ce qu'il en est de la loi canadienne sur la santé. Je vous demande si . . .

[Text]

Madam Bégin: —it goes at these various cases like Alzheimer's disease from the point of view of the medical necessity, from the patient's viewpoint in other words. It protects the patient's viewpoint, whatever the institution and the type of bed used or allocated by the province to the disease XYZ.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I think you have missed . . . I am not being critical.

Madam Bégin: I would not be surprised. I would like to have an explanation.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I am trying to explain a situation . . .

The Chairman: Miss MacDonald, your final question, just to try to clarify. Your final question.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I am trying to explain a situation with regard to an insured service, but it is being treated differently in the sense that if that person with Alzheimer's disease were to be admitted to a provincial psychiatric hospital there would be no fee charged, but because the psychiatric hospitals are filled they have to go into another chronic care hospital where they have to pay a fee on an on-going basis for the rest of their lives.

• 1225

Now, what I want to know is whether or not both the bill and the repercussions from the bill are leading you to any discussions with the provinces as to how this inequity can be removed, because it is not just one case; there are a number of cases like this.

Madam Bégin: I am sorry. I can only repeat what I have said; that the act, in relation to insured services—and mental health hospitals are excluded from the list because the provinces did not want their inclusion—the act for patients in other institutions does not judge the patient's situation depending on the type of institution. It does not. So, within the insured services, in whatever type of beds or institution under the act, the concept is medical necessity.

The problem of mental hospitals is another one outside of this act. I take for granted the member first referred to Ontario. I have discussed the general problem of definition of chronic care with the Minister in Ontario, and officials will continue their work on that, but to my knowledge we will not be discussing with them the problem of mental hospitals, because it is, because of the provincial wish, outside of this act.

The Chairman: Thank you. It is 12.30 p.m. and I think that we agreed to adjourn about this time.

I would like, on behalf of the committee, to thank the Minister very much for a long session this morning.

Mr. Epp: Mr. Chairman, a point of order.

The Chairman: Yes. I will thank the Minister. We will be adjourning until next Tuesday, February 7 at 9.30 in the morning.

[Translation]

Mme Bégin: . . . en fait dans le cas de patients comme ceux ayant la maladie d'Alzheimer, c'est une question de nécessité médicale, du point de vue même du patient. On protège le patient, quelle que soit l'institution, le genre de lit, la province ou la maladie.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je crois que vous n'avez pas . . . Je ne critiquais pas.

Mme Bégin: Je n'en serais pas surprise. J'aimerais avoir une explication.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'essayais d'expliquer une situation . . .

Le président: Mademoiselle MacDonald, votre dernière question, essayez de préciser. C'est votre dernière question.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'essaie d'expliquer une situation où dans le cas de service assuré, il y a traitement différent; en effet si quelqu'un est atteint de la maladie d'Alzheimer et peut être admis à un hôpital psychiatrique provincial il n'y a aucun frais, mais si les hôpitaux psychiatriques sont complets et s'il doit se rendre dans un hôpital de malades chroniques, il devra verser des droits de façon continue le restant de sa vie.

Or je veux savoir si le projet de loi et ses répercussions vous amènent à discuter avec les provinces afin de voir comment remédier à cette injustice, car ce n'est pas le seul cas; il y a nombre de cas semblables.

Mme Bégin: Excusez-moi. Je ne peux que répéter ce que j'ai dit, à savoir que la loi, en ce qui concerne les services assurés—et les hôpitaux psychiatriques sont exclus de la liste, car les provinces ne veulent pas les voir incluses—la loi visant les patients dans d'autres institutions ne juge pas de la situation des patients selon le genre d'institution. Ce n'est pas le cas. Donc à l'intérieur des services assurés, quel que soit le genre de lit ou d'institution assujetti à la loi, on se fonde sur la nécessité médicale.

Le problème des hôpitaux psychiatriques échappe, comme d'autres, à la présente loi. Je conclus que le député a d'abord parlé de l'Ontario. J'ai discuté du problème général de la définition des soins chroniques avec le ministre ontarien, et les fonctionnaires vont continuer leur travail sur cette question, mais à ma connaissance, nous n'avons pas discuté avec eux des hôpitaux psychiatriques, puisque ceux-ci sont, selon les désirs des provinces, exclus de cette loi.

Le président: Merci. Il est maintenant midi trente, et je crois que nous avons convenu de lever la séance à cette heure.

J'aimerais, au nom du Comité, remercier infiniment le ministre de la longue réunion de ce matin.

M. Epp: Monsieur le président, j'invoque le Règlement.

Le président: Oui. Je vais remercier le ministre. La séance est levée jusqu'au mardi 7 février à 9h30 du matin.

[Texte]

Mr. Epp: A point of order.

The Chairman: I will take a point of order from Mr. Epp.

Mr. Epp: Before the Minister leaves, and I think it is only fair to her that I raise the point before she leaves, I would request that the Minister appear at our next sitting because there are obviously a lot of questions still that need answering, I think, from the Minister, rather than from witnesses, and I would make that request.

Mr. Lachance: On the same point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Yes. The same point of order, Mr. Lachance.

Mr. Lachance: I am sure that the committee would certainly like to have the Minister back. May I suggest that we meet this Thursday, in this case, so that we do not disturb the schedule for next Tuesday with the witnesses that have already been asked to appear in front of this committee.

Mr. Epp: Well, if I could answer that, to Mr. Lachance. Your colleague, Mr. Ginter, and others have had conversations about that. There have been contacts made with witnesses and that schedule has not been completed, frankly, because we have not had many witnesses yet who are willing to come at those specific dates. So, I think, in terms of the blocks that we have agreed to in the steering committee as available to this committee, we could fit in both the Minister and those witnesses that have now indicated they would like to be here, because very few so far have.

Mr. Lachance: On the same point of order, Mr. Chairman. Since I understand—and I am not a member of the same—the steering committee is meeting later today or tomorrow, that would certainly be a matter to . . .

Mr. Epp: It has not been scheduled.

Mr. Lachance: I do not know. I am asking the chairman. That is the chairman's privilege to answer my question in terms of the work in this committee, I suppose. Maybe this request should be addressed in terms of planning the future work of the committee, and also to consider the request of some members of this committee for the Minister to appear again at this initial stage, reminding the committee, of course, that the Minister will have all opportunities to be there, and we expect her, of course, to be there whenever we enter into the clause by clause process of examination of this bill.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman?

The Chairman: On the same point?

Mr. Blaikie: Yes, on the same point of order. I think it would be useful if we had an opportunity to continue with the Minister at this point, but when I had my hand up, the point of order that I wanted to raise was to hold out the option that we might be able to talk to the Minister after we have heard the witnesses. So, I would not want any continuation of the questioning at this point, if that happens, to prejudice the possibility that after the witnesses we would be able to have

[Traduction]

M. Epp: J'invoque le Règlement.

Le président: Je vais entendre un rappel au Règlement de M. Epp.

M. Epp: Avant que le ministre ne nous quitte—et je crois qu'il n'est que juste à son égard que j'aborde cette question avant son départ—j'aimerais demander qu'elle compare à notre prochaine réunion, car manifestement, il reste beaucoup de questions auxquelles je crois, le ministre, plutôt que d'autres témoins, doit répondre, j'en fais donc la demande.

M. Lachance: Au sujet du même rappel au Règlement, monsieur le président.

Le président: Oui. Sur le même rappel au Règlement, monsieur Lachance.

M. Lachance: Je suis persuadé que le Comité aimerait certainement que le ministre revienne. Puis-je suggérer que nous nous réunissions ce jeudi, de toute façon, de façon à ne pas nuire à l'horaire de mardi prochain déjà convenu avec les témoins, qui doivent comparaître devant le Comité ce jour-là.

M. Epp: Permettez-moi de répondre à ce qu'a dit M. Lachance. Votre collègue, M. Ginter, et d'autres ont tenu des discussions à ce sujet. On a communiqué avec les témoins et l'horaire n'a pas été terminé, franchement, parce que nous n'avons pas encore eu de nombreux témoins, qui sont disposés à venir à des dates précises. Compte tenu des blocs que nous avons convenu d'accepter au Comité directeur, je crois que nous pourrions accommoder et le ministre et les témoins qui nous ont déjà laissé savoir qu'ils aimeraient venir, car jusqu'à présent ils ont été très peu nombreux.

M. Lachance: Toujours à ce même sujet, monsieur le président. Si je comprends bien—et je ne fais pas partie de ce Comité,—le Comité directeur se réunit plus tard aujourd'hui ou demain, ce serait certainement une question à . . .

M. Epp: Rien n'a été prévu.

M. Lachance: Je ne sais pas. Je pose la question au président. C'est le privilège du président de répondre à ma question en ce qui concerne le travail du Comité. Peut-être devrais-je poser une question sur la planification des travaux du Comité et aussi demander que l'on étudie la demande de certains membres du présent Comité voulant que le ministre compare à nouveau dès cette étape initiale, tout en rappelant, bien sûr, au Comité que le ministre aura beaucoup d'occasions de venir ici; évidemment nous nous attendons à la voir, lorsque nous entreprendrons l'étude article par article du projet de loi.

M. Blaikie: Monsieur le président?

Le président: Sur ce même sujet?

M. Blaikie: Oui, sur le même rappel au Règlement. Je crois qu'il serait utile que nous ayons la possibilité de continuer maintenant avec le ministre, mais lorsque j'ai levé la main, je voulais proposer que nous discussions avec le ministre après avoir entendu les témoins. Je ne tiens pas à continuer maintenant à l'interroger si cela doit empêcher de la faire revenir plus tard et de discuter de la question avec elle, à la lumière des témoignages que nous aurons obtenus des témoins.

[Text]

the Minister back and discuss the issue with her in light of the evidence from witnesses.

Madam Bégin: Any time, Mr. Chairman.

The Chairman: The Minister seems to be readily available. I suggest the steering committee look at the whole situation more.

• 1230

We will see what our schedule is next week, and we will discuss then whether the Minister might come back sometimes then, or at the end of the witnesses—either one.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: All right. We will adjourn until next Tuesday at 9.30 a.m.

[Translation]

Mme Bégin: N'importe quand, monsieur le président.

Le président: Le ministre semble être à notre entière disposition. Je propose que le Comité directeur se penche sur l'ensemble de la question.

Nous allons vérifier notre calendrier de la semaine prochaine afin de voir s'il est possible de faire revenir le ministre, ou après les témoignages; soit l'un, soit l'autre.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Le président: C'est bien. La séance est levée jusqu'à mardi prochain à 9h30.



*If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 2

Tuesday, February 7, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 2

Le mardi 7 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Health, Welfare and Social Affairs

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Robert Daudlin
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Steven E. Paproski
Svend J. Robinson (*Burnaby*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 7, 1984
(3)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:45 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Other Member present: Mr. Foster.

Witness: From the University of Ottawa: Dr. Pran Manga, Research Professor and National Health Research Scholar, Masters in Health Administration Programme, Faculty of Administration.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof.

The witness made a statement and answered questions.

The Chairman presented the First and Second Reports of the Sub-committee on Agenda and Procedure which are as follows:

FIRST REPORT

Your Sub-Committee met on Thursday, January 26, 1984 and agreed to make the following recommendations:

1. That the Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare, be invited to appear before the Committee on Tuesday, January 31, 1984 at 9:30 a.m. and 11:00 a.m.

2. That a letter be sent to each provincial and territorial Minister of Health to inform him of the Committee's hearings and to invite each Minister to make representations.

3. That the following persons and organizations be invited to appear before the Committee:

- Canadian Nurses Association
- Canadian Hospital Association
- Canadian Medical Association
- Canadian Health Coalition
- Canadian Association of Interns and Residents
- Association of Independent Physicians of Ontario
- Canadian Council on Social Development
- National Antipoverty Organization
- Canadian Labour Congress
- Ontario Medical Reform Group
- Coalition of Canadian Pensioners
- The Honourable Emmett Hall

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 7 FÉVRIER 1984
(3)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 45, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Autre député présent: M. Foster.

Témoin: De l'Université d'Ottawa: M. Pran Manga, professeur des techniques de recherche et spécialiste de la recherche dans le domaine des services de santé, maîtrise en programme de gestion des services de santé, Faculté d'administration.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Le témoin fait une déclaration et répond aux questions.

Le président dépose les premier et deuxième rapports du Sous-comité du programme et de la procédure:

PREMIER RAPPORT

S'étant réuni le jeudi 26 janvier 1984, voici les recommandations dont votre Sous-comité est convenu:

1. Que l'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé et du Bien-être social soit invitée à comparaître devant le Comité, le mardi 31 janvier 1984, à 9 h 30 et à 11 heures.

2. Qu'une lettre soit expédiée à chacun des ministres de la Santé dans les provinces et les territoires, pour les inviter à faire des recommandations.

3. Que les personnes et les organisations suivantes soient invitées à comparaître devant le Comité:

- Les infirmières et les infirmiers canadiens;
- Association des hôpitaux du Canada;
- Association médicale canadienne;
- Canadian Health Coalition*;
- Canadian Association of Interns and Residents*;
- Association of Independent Physicians of Ontario*;
- Conseil canadien de développement social;
- Organisation nationale anti-pauvreté;
- Congrès du travail du Canada;
- Ontario Medical Reform Group*;
- Coalition of Canadian Pensioners*;
- L'honorable Emmett Hall;

- Professor Robert Evans, University of British Columbia
 - Professor Malcolm Taylor, York University
 - Professor Eugene Vayda, University of Toronto
 - Professor Pran Manga, University of Ottawa
 - Professor Lee Soderstrom, McGill University
4. That the witnesses be scheduled to appear, subject to availability, according to the following schedule:
 - Tuesday, February 7, 1984 at 9:30 a.m., 11:00 a.m. and 3:30 p.m.
 - Wednesday, February 8, 1984 at 3:30 p.m.
 - Thursday, February 9, 1984 at 9:30 a.m., 11:00 a.m. and 3:30 p.m.
 - Tuesday, February 14, 1984 at 9:30 a.m., 11:00 a.m. and 3:30 p.m.
 - Wednesday, February 15, 1984 at 3:30 p.m.
 - Thursday, February 16, 1984 at 9:30 a.m., 11:00 a.m. and 3:30 p.m.
 5. That an hour and a half be allowed for hearing each witness (individual or organization).
 6. That 10 minutes be allowed for questions from the lead questioners from each party, and five minutes for questions from other members of the Committee.
 7. That reasonable travel and living expenses be reimbursed at the usual rates for no more than three persons from outside the National Capital Region for each organization appearing.
 8. That the Committee retain the services of Ms. Mildred Morton of the Research Branch of the Library of Parliament.
 9. That briefs be circulated immediately.

SECOND REPORT

Your Sub-Committee met on Monday, February 6, 1984 and agreed to make the following recommendations:

1. That subject to the discretion of the Chairman, consideration be given to inviting the following additional witnesses:
 - Canadian Paraplegic Association and the Canadian United Ostomy Association (to be invited together under the heading of patient groups);
 - Professor R.D. Fraser, Queen's University;
 - Canadian Public Health Association;
 - Fédération des omnipraticiens du Québec*;
 - Canadian Advisory Council on Status of Women;
 - Médecins de langue française du Canada*;
 - Quebec College of Physicians and Surgeons;
 - Canadian Dietetic Association;
 - The Victorian Order of Nurses;
 - The Canadian Association of Social Workers;
 - Canadian Federation of Medical Students;
 - Canadian Association of Optometrists;

- Le professeur Robert Evans, Université de la Colombie-Britannique;
 - Le professeur Malcolm Taylor, Université de Toronto;
 - Le professeur Eugene Vayda, Université de Toronto;
 - Le professeur Pran Manga, Université d'Ottawa;
 - Le professeur Lee Soderstrom, Université McGill.
4. Que, sous réserve de la disponibilité des témoins, le calendrier des prochaines séances soit établi comme suit:
 - Le mardi 7 février 1984 à 9 h 30, à 11 heures et à 15 h 30.
 - Le mercredi 8 février 1984 à 15 h 30.
 - Le jeudi 9 février 1984 à 9 h 30, à 11 heures et à 15 h 30.
 - Le mardi 14 février 1984 à 9 h 30, à 11 heures et à 15 h 30.
 - Le mercredi 15 février 1984 à 15 h 30.
 - Le jeudi 16 février 1984 à 9 h 30, à 11 heures et à 15 h 30.
 5. Que chacun des témoins—tant les particuliers que les organisations—, dispose d'une heure et demie pour témoigner.
 6. Que, dans chaque groupe, les personnes principalement chargées de poser les questions disposent de dix minutes, et que les autres membres du Comité en aient cinq.
 7. Que, dans le cas de chacune des organisations venues de l'extérieur de la région de la capitale nationale, trois personnes tout au plus soient remboursées, aux taux habituels, des frais de déplacement et de séjour jugés raisonnables.
 8. Que le Comité retienne les services de M^{me} Mildred Morton, du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement.
 9. Que les mémoires soient expédiés immédiatement.

DEUXIÈME RAPPORT

Votre Sous-comité s'étant réuni le lundi 6 février 1984, voici les recommandations dont il est convenu:

1. Qu'à la discrétion du président, les autres témoins suivants soient invités à comparaître:
 - Canadian Paraplegic Association* et le *Canadian United Ostomy Association* (invités en même temps sous la rubrique des patients);
 - Le professeur R.D. Fraser, Université Queen's;
 - Association canadienne d'hygiène publique;
 - Fédération des omnipraticiens du Québec*;
 - Conseil consultatif canadien de la situation de la femme;
 - Médecins de langue française du Canada*;
 - Collège des médecins et des chirurgiens du Québec;
 - Canadian Dietetic Association*;
 - Victorian Order of Nurses*;
 - Conseil canadien du développement social;
 - Canadian Federation of Medical Students*;
 - Association canadienne des optométristes;

- Consumers Association of Canada;
- Canadian Anaesthetists Association.

2. That, subject to the Chairman's discretion, witnesses be invited to appear also on the following dates:

- Friday morning, February 17;
- Monday, February 20 and
- Tuesday, February 21;
- evening sittings on Tuesday, February 14 and Thursday, February 16;
- any other sittings as necessary.

3. That written briefs be forwarded to the Committee by Thursday, February 23.

On motion of Mr. Epp, it was agreed,—That recommendation 2 of the Second Report be amended by deleting the words "any other sittings as necessary" and substituting therefor "any other sitting up to Thursday, February 23 as necessary".

On motion of Mr. Breau, the First and Second Reports of the Sub-committee on Agenda and Procedure, as amended, were concurred in.

At 12:10 p.m., the Committee adjourned until 3:30 p.m.

AFTERNOON SITTING (4)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:35 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Other Members present: Messrs. Foster and Lang.

Witnesses: From the Ontario Medical Reform Group: Dr. Michael Rachlis, Director, Ontario Health Coalition; Dr. John Frank; Dr. Fran Scott and Dr. Joel Lexchin, Members of the Steering Committee.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof.

The witnesses made statements and answered questions.

At 5:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

- Association des consommateurs du Canada;
- Canadian Anaesthetists Association.*

2. Que, à la discrétion du président, les témoins soient invités à comparaître également aux dates suivantes:

- Le vendredi 17 février, en matinée;
- Le lundi 20 février et le mardi 21 février;
- En soirée, le mardi 14 et le jeudi 16 février;

—à toute autre séance au besoin.

3. Que le Comité ait en main les mémoires au plus tard le jeudi 23 février.

Sur motion de M. Epp, *il est convenu*,—Que la deuxième recommandation du deuxième rapport soit modifiée par la substitution des mots «à toute autre séance, au besoin, jusqu'au jeudi 23 février» aux mots «à toute autre séance au besoin».

Sur motion de M. Breau, les premier et deuxième rapports du Sous-comité du programme et de la procédure ainsi modifiés sont adoptés.

A 12 h 10, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 15 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI (4)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 35, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Autres députés présents: MM. Foster et Lang.

Témoins: Du «Ontario Medical Reform Group»: D^r Michael Rachlis, directeur, «Ontario Health Coalition»; D^r John Frank; D^r Fran Scott et D^r Joel Lexchin, membres du Comité directeur.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence.

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 17 h 10, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Tuesday, February 7, 1984

• 0945

The Chairman: Order, please. I would like to call together this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

We are studying Bill C-3, the Canada Health Act, and we are pleased to have with us today Professor Pran Manga, a health economist with the University of Ottawa.

Professor Manga, you are our first witness after the Minister last week, and we are pleased to have you. I gather you have a few comments and an opening statement.

Professor Pran Manga (Health Economist, Health Administration Program, Faculty of Administration, University of Ottawa): Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Chairman and members of the committee, it is commonly acknowledged that medicare is a very popular program. What is less well appreciated is that medicare is also a remarkably successful program. We in Canada have attained a degree of equity in the distribution of medical and hospital services not observed in the U.K., the U.S.A., or for that matter, anywhere else. We are also closer to a one-tier medical and hospital system than most, if not all other, western countries.

The costs of these wonderful achievements have not been unduly burdensome, contrary to earlier warnings from those who oppose medicare. It is, of course, true that the present volume and mix of hospital and physician services can be produced at a lower cost, and the problem is not unique to Canada. But in this special but important sense, our system is overfunded.

The main obstacle to improving the efficiency of our . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Did you say over? I am sorry . . .

Prof. Manga: Exactly, overfunded.

The main obstacle to improving the efficiency of our health care system is a lack of political and bureaucratic will, especially at the provincial government level. I might add here that one of the incidental virtues of the proposed Canada Health Act will be to encourage the provinces to seriously consider some of the supply-side reforms they have neglected for too long.

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mardi 7 février 1984

Le président: À l'ordre, je vous prie. Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales va maintenant commencer ses travaux.

Nous étudions le projet de loi C-3, intitulé Loi canadienne sur la santé, et nous avons le plaisir d'accueillir ce matin le professeur Pran Manga, un spécialiste de la gestion des services de santé à l'Université d'Ottawa.

Professeur, vous êtes notre premier témoin depuis la comparution du ministre la semaine dernière, et nous sommes fort heureux de vous voir. J'imagine que vous avez deux ou trois mots à nous dire en guise d'introduction.

M. Pran Manga (professeur, spécialiste en gestion des services de santé, Programme d'administration de la santé, Faculté de l'administration, Université d'Ottawa): Je vous remercie, monsieur le président.

Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, il est communément admis que l'assurance médicale est un programme très populaire. Ce qu'on est moins porté à admettre, c'est que ce programme est également une très belle réussite. Le Canada peut s'enorgueillir d'un système de distribution des services médicaux et hospitaliers beaucoup plus équitable que ce qu'on peut constater au Royaume-Uni ou aux États-Unis, voire dans le monde entier. Nous avons également réussi à nous rapprocher d'une formule médico-hospitalière beaucoup plus intégrée que la majorité, sinon la totalité des autres pays occidentaux.

Le coût de ces merveilleuses réalisations n'a pas été exagérément prohibitif, contrairement à ce que craignaient ceux qui s'étaient opposés à la mise en place d'un tel système. Il est néanmoins exact de dire que l'envergure et la gamme actuelles des services médico-hospitaliers pourraient être conservées à bien moindres frais, mais ce problème est loin d'être la prérogative du Canada. En revanche, dans cette perspective très particulière certes, mais néanmoins importante, on peut dire que notre système est surfinancé.

Lorsqu'on parle d'améliorer l'efficacité de notre système, le principal obstacle . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Avez-vous bien dit surfinancé, excusez-moi?

M. Manga: C'est bien cela.

Lorsqu'il s'agit d'améliorer l'efficacité de notre régime médico-hospitalier, le principal obstacle réside dans le fait que les niveaux politiques et bureaucratiques n'ont pas la volonté de le faire, et j'entends surtout ici le niveau provincial. Je pourrais d'ailleurs ajouter que l'une des vertus secondaires du projet de loi canadien sur la santé sera précisément d'encourager les provinces à envisager très sérieusement certaines réformes, trop longtemps ignorées, au niveau de la gestion des ressources.

[Texte]

The main virtue of the Act, of course, is to protect and preserve universal medicare. I believe, while the Act is certainly meritorious in this regard, it can be improved. To this end, I should like the committee to consider the following suggestions.

1. I suggest that, should a province forfeit any accumulated penalties, the unrefunded money should be earmarked for health purposes such as research, health protection and promotion programs. At the very least, the federal government can avoid the charge that it is profiting from the Act or that it is "further underfunding" health services.

2. The proposed Canada Health Act gives the federal Cabinet only discretionary powers to impose a financial penalty on any province that violates the principle of universality. Given the importance of this principle to medicare, a mandatory penalty is more appropriate. I suggest the federal government automatically withhold 5% of the cash transfer for every 0.5% or less by which a province falls short of universal medicare.

3. I believe there is no compelling reason why the Act has to treat discretionary and mandatory penalties differently. On the contrary, I suggest there should be no difference at all, assuming the government insists on staying with these discretionary penalties. All the withheld sums should be accounted for in the same trust fund and the policies to refund or disburse the accumulated sums should be uniform.

4. I suggest, because some degree of imprecision, vagueness and variability is unavoidable in posing these discretionary penalties, the Act should stipulate clearly the process of consultation between the federal and provincial governments on the matter of defaults, again assuming, of course, the government wishes to retain these discretionary penalties.

5. I suspect any imposition of discretionary penalties will be contentious and controversial. This will generally mean there will be very few instances of the imposition, and perhaps none. The committee should seriously consider dropping them altogether and replacing them with mandatory penalties. At least under an all-mandatory penalty system, provinces would know how to meet the criteria and conditions of medicare and what the consequences of the failure will be. It also imposes some discipline on the federal government to monitor medicare. Last and perhaps most importantly, ordinary citizens too can discover if and when their province is failing to fulfil the conditions of medicare.

[Traduction]

Cela dit, il est évident que la qualité primordiale du projet de loi réside dans le fait qu'il vise à protéger et à préserver l'universalité du système. J'estime en revanche, même si la loi est indubitablement méritoire à cet égard, que les choses peuvent être améliorées et, dans cette perspective, j'aimerais que le Comité tienne compte des propositions suivantes.

1. Je propose que, au cas où une province venait à perdre les amendes accumulées, l'argent non remboursé soit consacré à la santé, par exemple à la recherche et à des programmes de protection et de promotion de la santé. Le gouvernement fédéral pourrait à tout le moins faire en sorte de ne pas être accusé de profiter de la loi ou de «sous-financer» encore davantage les services médico-hospitaliers.

2. Le projet de loi canadienne sur la santé ne donne au Cabinet que des pouvoirs discrétionnaires lorsqu'il s'agit d'imposer une sanction financière à une province qui aurait enfreint le principe de l'universalité. Étant donné l'importance que revêt ce principe dans le cadre du régime d'ensemble, une sanction automatique serait plus appropriée. Je propose donc que le gouvernement fédéral retienne automatiquement 5 p. 100 de la contribution financière pour chaque tranche de manquement de 0,5 p. 100 lorsqu'une province n'assure pas des services de santé universels.

3. Je suis convaincu que rien ne justifie que des sanctions puissent servir à des fins différentes selon qu'elles sont imposées à titre discrétionnaire ou obligatoire. Bien au contraire, je pense qu'aucune différence ne devrait être faite, à supposer que le gouvernement insiste pour pouvoir conserver ces sanctions discrétionnaires. Toutes les sommes retenues devraient être versées dans un même fonds de fiducie et la politique de remboursement ou de dépense des sommes ainsi accumulées devrait être la même dans tous les cas.

4. Comme il est inévitable que, en imposant ces sanctions discrétionnaires, la loi doive rester dans une certaine mesure imprécise, vague et ouverte à toutes les variables, la loi devrait donc énoncer très clairement le processus de consultation entre les gouvernements fédéral et provinciaux pour tout ce qui touche aux manquements, ici encore en supposant bien sûr que le gouvernement souhaite conserver cette structure de sanctions discrétionnaires.

5. Je crois que l'imposition de sanctions discrétionnaires sera contestée et controversée. Cela signifiera donc qu'on n'en imposera pas souvent, peut-être même jamais. Le Comité devrait donc envisager très sérieusement la possibilité de les abandonner purement et simplement pour les remplacer par des sanctions automatiques ou obligatoires. En effet, avec une formule de sanctions exclusivement obligatoires, les provinces sauraient au moins de quelle façon elles doivent respecter les critères et les modalités du régime médico-hospitalier et les conséquences d'un éventuel manquement. Cette formule imposera également au gouvernement fédéral une certaine discipline en le forçant à surveiller l'administration des régimes. Dernier élément, mais non le moindre, les contribuables sauraient exactement si leur province a manqué à ses obligations et de quelle façon.

[Text]

• 0950

I should like to add, however, a point that is missing from my written brief, that should this recommendation be thought to be too complicated and too time-consuming and would thus delay the passing of the Act, I would dispense with it, and indeed counsel against its adoption.

6. The federal government is urged by way of a regulation to limit the availability of private and semi-private beds as a percent of actual beds set up in all public hospitals. There has been a long-term increase in the proportion of private and semi-private beds in all the provinces. With the recent incentives to hospitals to generate their own revenue, there is a real potential for elective admission to be made dependent on ability-to-pay or private and semi-private hospital insurance coverage. There might also be needless transfers of patients. A two-tier hospital care system is also more likely to develop.

7. I urge the committee to examine very carefully the regulations pertinent to Clause 19. The key problem has to do with defining a patient who does not need acute rehabilitative and chronic care, since only such patients may be liable to user charges that are exempt from the application of the Act.

8. Will a province be eligible for refunds from the federal government for successively defaulting a criteria of medicare and then correcting it in time to pick up the refund for yet another round of good behaviour. One should hope not, and the Act should make this clear.

I have suggested all of the above by way of changes to the Act. I would like to make two further comments about the Act:

1. The dollar-for-dollar penalties for hospital user fees are certainly sufficient, and for extra-billing are probably sufficient, to neutralize any economic gains to a province from imposing or permitting these user fees. However, for a number of basically non-economic reasons, a province may persist with these charges. Higher penalties will appear to be discriminatory and will certainly be politically troublesome and, frankly, counterproductive. Also, the right level of penalty to force all the provinces to ban the practices is indeterminate. I advise the government to stay with the dollar-for-dollar penalties.

2. Is a three-year refund period too long? It certainly is for hospital user fees, since it is totally within the provincial government's power to decide to ban them forthwith, but it is not too long in the case of extra-billing. Given the enduring and heightened sensitivities around the issue, it will take quite some time for the profession to work out a *modus vivendi* with the provincial governments; and if a few provinces will simply

[Translation]

J'aimerais toutefois ajouter quelque chose qui ne figure pas dans le texte de mon mémoire, en l'occurrence que si cette recommandation devait être jugée trop complexe et par trop retardatrice, si elle devait retarder indûment l'adoption du projet de loi, je l'oublierais et je préconiserais même qu'elle ne soit pas adoptée.

6. Il est instamment demandé au gouvernement fédéral de limiter, par voie de réglementation, l'accès à des chambres privées et semi-privées en fonction du pourcentage de lits que comptent effectivement tous les hôpitaux publics. Il y a en effet eu une augmentation à long terme du pourcentage de chambres privées et semi-privées dans toutes les provinces et, les hôpitaux ayant été récemment encouragés à s'autofinancer, il se pourrait fort bien que l'admission devienne dorénavant fonction de la capacité que le malade a de payer ou de souscrire à une assurance-hospitalisation privée. Il se pourrait également qu'il y ait des transferts inutiles de patients. Un système de soins hospitaliers à deux niveaux risque d'être institué.

7. Je demande instamment au Comité de se pencher avec beaucoup d'attention sur les règlements relatifs à l'article 19. Le problème fondamental concerne la définition du patient qui n'a pas besoin de soins intensifs, thérapeutiques ou chroniques, dans la mesure où seuls ces patients sont passibles des frais modérateurs auxquels ne s'applique pas le projet de loi.

8. Une province peut-elle cesser d'imposer des frais modérateurs allant à l'encontre de la loi avant le délai prévu et se faire rembourser par le gouvernement fédéral pour avoir modifié sa politique d'assurance médicale puis, après un délai raisonnable, reprendre les mêmes pratiques? Il est à espérer que non et la loi devrait le préciser.

Voilà donc les propositions de modification que je voulais vous soumettre. J'aurais toutefois deux derniers commentaires généraux à propos de la loi.

1. Les sanctions financières proportionnelles imposables en cas de frais hospitaliers modérateurs sont certainement suffisantes et devraient, dans le cas de la surfacturation, suffire à neutraliser tout gain économique que pourrait réaliser une province qui imposerait ou permettrait que soient imposés de tels frais. En revanche, pour un certain nombre de raisons non économiques, une province pourrait continuer à imposer de tels frais. L'imposition de sanctions plus élevées semblerait alors discriminatoire, créerait sûrement des problèmes politiques et irait sans doute à l'encontre de la productivité. En outre, nul ne sait combien il faudrait imposer aux provinces pour les ramener dans le droit chemin. Le gouvernement aurait donc selon moi intérêt à continuer d'imposer des sanctions financières proportionnelles.

2. Une période de remboursement de trois ans est-elle trop longue? Elle l'est certes dans le cas des frais hospitaliers modérateurs, vu que c'est aux provinces qu'il revient de décider de les abolir. En revanche, ce délai n'est pas trop long dans le cas de la surfacturation. Étant donné la controverse très vive que toute cette question suscite depuis très longtemps, il faudra un certain temps aux médecins pour en arriver à un *modus*

[Texte]

not ban extra-billing, giving them one or three years will not make a difference anyway. Overall, the three-year term seems all right, and this matter of how long the refund period should be is not of critical importance.

I would like to close my remarks by reiterating that the Act certainly has considerable merit. It is also long overdue. It is hoped that the Act will be improved as much as possible and proclaimed as soon as possible. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, Professor Manga. Mr. Epp, would you like to lead off?

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

Professor Manga, you say the system is overfunded. By what percentage would you like to see it cut?

Prof. Manga: I do not think I would like to see it cut. I would rather use whatever efficiency gains we can make to look after some of the needs that a lot of people like yourself feel are unmet.

Mr. Epp: That does not answer my question.

Prof. Manga: Of course, it does not. But . . .

Mr. Epp: Just a minute. You say that it is overfunded. You make a bald statement that that is the case. You then say that there are other efficiencies. I accept that there are other efficiencies. We can talk about first care entry of other health care professionals; there are a number of things we could talk about. What I want to have from you is that there is an agreement between the federal government and the provinces, a formula, renewable every five years, which at least covers the so-called insured services.

I take it from your statement, at least the only way I can read it is that that formula is too rich for the provinces who are running the health care system.

Prof. Manga: You have certainly confused what I have said. What I was talking about is that if you take the existing volume and mix of services, and I do not care who pays for it—provincial governments or federal government . . .

Mr. Epp: The taxpayers pay for it, regardless.

• 0955

Prof. Manga: If you were to take what we produce today and ask if we can produce it at a lower cost, then in some ways we are overpaying for what we are getting. That is what I am talking about. In that sense, I am talking about underfunding.

This other thing that you raise . . .

[Traduction]

vivendi avec leur gouvernement provincial. Et si certaines provinces refusent carrément d'abolir la surfacturation, les délais quels qu'ils soient n'y feront rien. Dans l'ensemble, un délai de trois ans semble adéquat et la question de savoir sur quelle période devrait porter le remboursement n'a pas tellement d'importance.

J'aimerais pour conclure réitérer le fait qu'à mes yeux, le projet de loi est extrêmement valable. Il s'est fait attendre pendant bien longtemps et j'espère qu'il pourra être amélioré autant que possible et promulgué dans les plus brefs délais. Je vous remercie.

Le président: Je vous remercie beaucoup, professeur. Monsieur Epp, voudriez-vous commencer?

M. Epp: Je vous remercie, monsieur le président.

Professeur, vous nous avez dit que le système était surfinancé. Dans votre perspective, quel pourcentage de réduction du financement souhaiteriez-vous?

M. Manga: Je ne pense pas que je souhaite une réduction quelle qu'elle soit. Je préférerais utiliser les gains enregistrés au niveau de l'efficacité, le cas échéant, pour pallier certains des besoins exprimés par des gens comme vous.

M. Epp: Vous n'avez pas répondu à ma question.

M. Manga: Je sais, mais . . .

M. Epp: Un petit instant. Vous nous dites que le système est surfinancé. Vous nous déclarez carrément que c'est de cela qu'il s'agit. Et puis, vous poursuivez en disant que par ailleurs il est efficace. Cela, je peux l'accepter. Nous pouvons par exemple parler de l'accession au système d'autres spécialistes de la santé et il y a énormément de choses dont nous pourrions effectivement parler. Cela étant dit, je voudrais que vous nous disiez qu'il y a effectivement, entre le gouvernement fédéral et les provinces, une entente, une formule renouvelable tous les cinq ans, qui couvre au minimum ce qu'on appelle les services assurés.

A vous entendre, et c'est la seule interprétation que je puisse en tirer, cette formule qui est la nôtre est trop riche pour les provinces qui administrent le système médico-hospitalier.

M. Manga: Je pense que vous avez mal compris ce que j'avais dit. Je vous disais que compte tenu de l'envergure et de la gamme actuelles des services, et je n'ai cure de savoir qui paie la facture, si ce sont les gouvernements provinciaux ou le gouvernement fédéral . . .

M. Epp: Ce sont les contribuables qui paient la note de toute façon.

M. Manga: Si vous partez de ce que nous produisons aujourd'hui et si vous vous demandez dans quelle mesure nous pourrions faire la même chose à meilleur compte, à ce moment-là il est certain que dans une certaine mesure nous payons beaucoup trop pour ce que nous obtenons. C'est de cela que je voulais parler. Dans cette optique donc, je parle de sous-financement.

Vous avez également mentionné . . .

[Text]

Mr. Epp: Where would you like to see it? Are you saying "underfunding" now?

Prof. Manga: Yes, that is what I said before, too.

Mr. Epp: No, no, you said "overfunded" before.

The Chairman: Order, please.

Mr. Epp and the witness, I do not mind, and the committee does not mind, having interchanges back and forth and that sort of thing for spontaneity, but I think when one person starts talking we should let that person finish talking before going on. Mr. Epp, if you want to comment . . . we are doing it in that way. If you want to ask a question Professor Manga will answer; then, when one person finishes . . . we will carry on in that way.

Mr. Epp.

Mr. Epp: You have used the words "overfunded" and "underfunded". Could you define where the system is overfunded and where the system is underfunded, please?

Prof. Manga: Sure.

I can talk about the system being underfunded, in the way a lot of people talk about it, by simply trotting out numbers, statistics, events, occasions where people could have done with more care. If you ask whether there are unmet needs in Canada and the answer is yes, then you could say that we have not put enough money into the system. In that sense, by the way, just about everything we do in Canada is underfunded: we have underfunded education; we have underfunded social services; we have underfunded income transfers; we have underfunded occupational health and safety programs; we have underfunded, perhaps, even foreign aid, and so forth. So, in that very general sense, it does not make very much sense to talk about underfunding.

We are talking about relative underfunding, if you like, priorities. If one asks whether we have given health care less priority than other things . . . I mean, this is what politicians are elected to do, to make these macrodecisions—then one should only look at our history and see what has happened. We have certainly given more and more of our resources, of our GNP, if you like, to services called medical and hospital services.

Another way to approach this question of underfunding is to look at how we compare with other countries. We do very well. It is simply not the case, as the CMA would have it, that we are badly underfunded when we compare ourselves with other countries. We are certainly not underfunded in that sense. There are basically five, perhaps six, countries that spend more than we do.

[Translation]

M. Epp: Mais qu'entendez-vous exactement par là? Vous nous parlez maintenant de «sous-financement»?

M. Manga: Oui, et c'est ce que j'avais dit pour commencer d'ailleurs.

M. Epp: Non, vous avez parlé de «surfinancement».

Le président: À l'ordre je vous prie.

Monsieur Epp, professeur, je n'ai absolument rien à redire, pas plus d'ailleurs que le Comité, à un rapide échange d'idées très spontané comme celui auquel vous vous prêtez pour l'instant, mais j'aimerais néanmoins que lorsque l'un des deux interlocuteurs commence à parler, l'autre le laisse terminer avant de poursuivre. Monsieur Epp, si vous avez quelque chose à dire . . . c'est comme cela que nous procédons. Si vous voulez poser une question, le professeur Manga va vous répondre. Lorsque votre interlocuteur a terminé . . . c'est comme cela que nous allons procéder.

Monsieur Epp.

M. Epp: Vous avez parlé de «surfinancé» et de «sous-financé». Pourriez-vous s'il vous plaît nous dire où le système est surfinancé et où il est sous-financé?

M. Manga: Certainement.

Je pourrais comme bien des gens vous dire que le système est sous-financé en vous inondant de chiffres, de statistiques et de cas où des gens auraient pu recevoir de meilleurs soins. Si vous me demandez s'il y a au Canada des besoins qui ne sont pas satisfaits, la réponse est effectivement oui et, à cet égard, le système est donc sous-financé car il manque de fonds. Dans le même ordre d'idées, je pourrais vous dire incidemment qu'à peu près tout ce que nous faisons au Canada est insuffisamment financé: l'instruction publique est insuffisamment financée, les services sociaux le sont également, les transferts de revenus le sont eux aussi, les programmes de santé et d'hygiène au travail sont insuffisamment financés, même l'aide étrangère dans une certaine mesure est insuffisamment financée, et ainsi de suite. Donc, d'une façon très générale, il est dirais-je un peu inutile de parler de financement insuffisant ou de sous-financement.

Nous parlons ici d'un sous-financement relatif, si vous préférez, de priorités. Si nous nous demandons dans quelle mesure nous aurions peut-être accordé au domaine de la santé moins d'importance qu'à d'autres domaines—et ne vous en déplaît c'est pour cela que les hommes politiques sont élus, pour prendre ce genre de macro-décisions—à ce moment-là il suffit de remonter dans le temps et de retracer l'évolution des choses. Nous avons sans aucun doute consacré de plus en plus de ressources, une part de plus en plus grande de notre PNB si vous préférez, à des services à caractère médico-hospitalier.

Une autre façon d'envisager cette question du sous-financement consisterait à comparer ce que nous faisons au Canada avec ce que font les autres pays. Nos résultats sont excellents. Il est tout à fait faux de dire, comme pourrait l'avancer l'AMC, que notre système souffre d'une grave carence de financement par rapport à ce que l'on peut constater dans d'autres pays. Dans cette optique, il est indubitable que nous ne sommes pas insuffisamment financés.

[Texte]

So, if you look at our historical performance in terms of allocating GNP to health care, we have done well; if you look at our performance relative to other countries, we have done well. But, I submit to you, the meaningful way of asking the question is to ask: Given what we do now in our health care system, can we do it more cheaply? If the answer to that is yes, and you agreed that that in fact is the case, then you have the statement I have made, that, given what we do now, we have put in too much money. I call it overfunding.

Mr. Epp: That is why I would like you to define the areas, because what you are talking about is largely within the care, within the jurisdictional responsibility, of the provinces . . .

Prof. Manga: Sure.

Mr. Epp: —and you come here and make a statement that it is overfunded. That statement needs fleshing out and I am trying to get that evidence.

Prof. Manga: I have just told you, many times, that if you take what we produce today and I ask you the question can we produce what we produce today more cheaply, if you say yes, then according to my sense of the term “overfunding” you have just admitted to it.

Mr. Epp: Could you then define it for me? Take a model— you have obviously studied it—take a model, any province, and give me three areas where you would reduce the expenditure and therefore meet your criterion of overfunding.

Prof. Manga: Fine. I would start with perhaps closing two or three medical schools; I would certainly want to cut down on the number of doctors we generate.

I would certainly want to do a lot more in terms of better allocation, or better placement of patients in terms of institutional care. I would have a lot more health care centres than we have now, in fact, more meaningful ones than we have now. This can be done as a replacement for existing levels of expenditure.

Shall I carry on?

Mr. Epp: Please.

Prof. Manga: One could promote the use of other health care professions—not just nurses but others as well—much more effectively than we do now .

[Traduction]

Il y a peut-être cinq ou six pays qui dépensent plus que nous à ce titre.

Si donc vous envisagez une perspective historique, et je pense ici au pourcentage du PNB consacré à la santé, nous avons eu de bons résultats et si vous comparez ce que nous faisons avec ce que font les autres pays, là aussi nous avons obtenu d'excellents résultats. En revanche, permettez-moi de vous le dire, la question valable qu'il faut se poser doit être la suivante: compte tenu de ce que nous réalisons actuellement dans le cadre de notre système médico-hospitalier, ne serait-il pas possible d'arriver aux mêmes résultats à meilleur compte? Si la réponse est oui, si vous êtes d'accord pour dire que effectivement la chose est possible, vous répétez ce que j'ai dit moi-même, c'est-à-dire que compte tenu de ce que nous faisons pour l'instant, nous avons injecté trop d'argent dans le système. Et c'est cela que j'appelle le surfinancement.

M. Epp: C'est la raison pour laquelle j'aimerais que vous définissiez les secteurs auxquels vous pensez dans la mesure où vous parlez surtout du champ de compétence des provinces . . .

M. Manga: C'est évident.

M. Epp: . . . et vous comparez devant nous pour nous dire carrément que le système est surfinancé. C'est une affirmation qui mérite d'être un peu étoffée et c'est cela que j'essaie d'obtenir de vous.

M. Manga: Comme je viens de vous le dire et comme je l'ai répété à plusieurs reprises, si vous partez de ce que nous réalisons aujourd'hui, c'est cela la question que je vous pose, pouvons-nous arriver aux mêmes résultats à meilleur compte et, si vous me dites oui, à ce moment-là vous admettez vous-même qu'il y a effectivement «surfinancement» selon l'acceptation que je donne moi-même au terme.

M. Epp: Pourriez-vous me donner une définition? Prenons un modèle, car j'imagine que vous avez étudié la chose, une province et donnez-moi trois secteurs dans lesquels vous voudriez voir diminuer les dépenses conformément donc à votre critère de surfinancement.

M. Manga: D'accord. Je commencerais peut-être par fermer deux ou trois facultés de médecine et il est évident que je réduirais également le nombre de nouveaux diplômés en médecine.

J'aimerais également sans aucun doute arriver à mieux répartir, à mieux disséminer les malades hospitalisés. J'aurais beaucoup plus d'établissements de santé que nous n'en avons à l'heure actuelle, et également des centres beaucoup plus valables que ceux que nous avons actuellement. Cette formule, on peut la concevoir comme un substitut aux niveaux actuels de dépenses.

Voulez-vous que je continue?

M. Epp: Je vous en prie.

M. Manga: On pourrait également encourager le recours à d'autres professions médicales et paramédicales—et pas seulement les infirmières—d'une façon beaucoup plus efficace que nous ne le faisons pour l'instant.

[Text]

• 1000

In some ways nurses can substitute . . . and I use the word "substitute", unlike nurses, I imagine—for doctors in many ways, who do not allow it. The system does not permit it, because the way the system is set up now, one does not see those kinds of efficiencies being possible or realized.

Mr. Epp: Would you recommend, then, that the federal government, at the next negotiation of the EPF agreement, should insist that these efficiencies be brought into the health care system by the provinces; and if they are not, then the formula should be less enriched at the next negotiation?

Prof. Manga: I must say I would not want to have a transfer scheme that would depend on the provinces doing something. I think what we have now by way of EPF is reasonable. I prefer EPF over something that your party, and indeed the NDP, seem to favour, which is cost-sharing agreements. I might remind you here that most of the provinces favour EPF.

Mr. Epp: Well, first of all, you have misinterpreted what we have been saying. Secondly, what I am trying to get from you is on this whole question of overfunding. I think all of us around this table, no matter what our political background, are conscious of the fact that efficiencies have to be brought in. I think all of us also recognize the jurisdictional differences.

The question I am trying to get from you . . . and I guess those are the hard decisions—is to make a statement of overfunding—I come from a riding, and everyone around this table comes from a riding, where all of us know about waiting lists for geriatrics. They are alternate care; they are not all ACs. Many of them are extended care. Many of them are PCH. We have various different modes. We have gone into community health clinics; maybe not as far as we should have. There is no question that a better efficiency can be used of health care professionals. None of us denies that. But I say to you quite frankly, Professor, I do not think you are going to find a lot of support, given all those other things that there might be support for—that people will then say that concomitant with that it is overfunded.

Prof. Manga: I cannot imagine any politician getting up and saying it is overfunded.

Mr. Epp: I am sorry. It is not a matter of a politician talking, sir. It is a matter of a politician representing people

[Translation]

Dans certains cas, les infirmiers et les infirmières peuvent remplacer—et j'emploie le terme à dessein, ce que les infirmiers et les infirmières ne font pas—les médecins, lesquels ne le permettent pas. Le système ne le permet pas non plus car, de la façon dont il est structuré à l'heure actuelle, il est absolument impossible de le rentabiliser de cette façon.

M. Epp: Vous recommanderiez donc j'imagine que le gouvernement fédéral, à l'occasion de la prochaine ronde de négociations de l'entente sur le FPE, insiste pour que ces rentabilisations en quelque sorte soient intégrées dans notre système médico-hospitalier au niveau des provinces et que, si elles s'y refusent, la formule de financement soit appauvrie à l'occasion des prochaines négociations?

M. Manga: Je dois vous dire que je n'aimerais pas une formule de péréquation qui serait fonction de quelque chose que pourraient faire les provinces. Pour moi, la formule actuelle de financement des programmes établis est raisonnable. Je préférerais que ce financement des programmes établis porte sur quelque chose que votre parti, comme d'ailleurs le NPD, semble promouvoir, en l'occurrence des ententes sur le partage des frais et d'ailleurs, je pourrais vous rappeler que la plupart des provinces sont également favorables au financement des programmes établis.

M. Epp: Ecoutez, pour commencer, vous avez mal interprété ce que nous disions. En second lieu, j'essaye de vous faire préciser ni plus ni moins toute cette question du surfinancement. Je pense que nous tous qui siégeons ici, quelle que soit notre allégeance politique, sommes parfaitement conscients du fait qu'il faut rendre le système plus efficace et j'imagine que nous admettons tous également qu'il y a des différences de juridiction.

Ce que j'essaye en d'autres termes de vous faire dire—et j'imagine que ce sont là les décisions difficiles à prendre—c'est ce que vous voulez à propos de ce surfinancement; je représente moi-même une circonscription, c'est le cas de tous mes collègues également, dans laquelle, nous le savons tous, il y a des listes d'attente pour les pavillons de gériatrie. Il y a d'autres soins nécessaires, ce ne sont pas toujours des soins intensifs. Dans bon nombre de cas il s'agit de services complémentaires et il y a énormément de cas qui relèveraient de foyers ou de maisons de santé. Il y a toute une série de modes différents. Il y a eu les cliniques communautaires, et peut-être n'avons-nous pas assez exploré cette veine. Il est absolument indubitable que nous pourrions utiliser à meilleur escient les spécialistes de la santé et personne parmi nous ne le niera. Mais, permettez-moi de vous le dire en toute franchise professeur, je ne pense pas que vous puissiez trouver beaucoup de défenseurs pour vos thèses, compte tenu de tous ces autres secteurs dans lesquels nous pourrions être plus actifs, lorsque vous venez affirmer que le système est surfinancé.

M. Manga: J'aurais du mal à concevoir qu'un homme politique puisse clamer sur tous les toits que le système est surfinancé.

M. Epp: Cela n'a rien à voir avec la politique, monsieur, je vous demande bien pardon. Il y a que ce sont les hommes

[Texte]

and what they are saying to us. That is the point I am trying to make. It is not a politician trying to grind a partisan axe.

Prof. Manga: Listen, suppose we had labour ministers; people interested in labour matters. They would say look, we need more money for occupational health and safety. I am sure you people do agree that universities are underfunded too. It comes down to making priorities. If you say we need a whole lot more money for health care, you are saying there is going to be a whole lot less for other kinds of social policy expenditures. If you have money for all these things, fine, spend more. Personally, I am not in favour of putting more money into the system. I do not think that resolves anything. I would much rather see us taking a very hard look at how we can get resources within the sector that is there already, and use them better.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, first of all I would like to say that I think the presentation by Professor Manga is useful in the sense that it points out something, especially the conversation that just occurred between the witness and Mr. Epp, who points out something that I perhaps unsuccessfully tried to point out the last time, and that is that it is not a question, in a simple way, of underfunding versus overfunding; it is also a question of asking how current health care dollars are allocated. So within the context of asking the question of how health care dollars are now allocated, there are certain things which are overfunded, to which more money is thrown than ought to be the case, and there are certain things which are underfunded. That makes asking the global question of overfunding or underfunding very difficult to answer in any satisfactory way—except for this; and I want to ask you about this: the long-term adequacy of the relationship between the federal government and the provinces when it comes to health care funding.

• 1005

It seems to me that in the long run the present relationship between the federal government and the provinces puts the provinces at somewhat of a disadvantage in the sense that their contributions to health care are tied presumably to inflation in health care costs as opposed to general inflation. Their contributions to health care costs are tied to whatever demand there is for new services or whatever new costs would be generated by moving to a different health care model should there be that kind of demand, while at the same time funding expectations which exist within the old model, while the federal government's contribution is tied to something which is

[Traduction]

politiques qui représentent le peuple et qui se font son porte-parole. C'est cela que j'essaie de vous faire comprendre. Il n'y a pas de politiquerie là-dessous.

M. Manga: Ecoutez, nous avons des ministres responsables du travail, des gens qui s'intéressent à tout ce qui touche au travail. Ils vous diraient par exemple qu'ils ont besoin de plus d'argent pour des programmes de sécurité et d'hygiène au travail. Vous serez d'accord avec moi j'en suis sûr, pour dire que les universités sont elles aussi insuffisamment financées. Tout cela revient à établir des priorités. Si vous nous dites que nous avons besoin de beaucoup plus d'argent pour le domaine de la santé, cela équivaut à dire qu'il y aura beaucoup moins d'argent pour d'autres catégories de politique sociale. Si vous avez suffisamment d'argent pour tous les domaines, c'est parfait, dépensez sans compter. Mais personnellement, je ne suis pas enclin à injecter davantage d'argent dans le système car je ne pense pas que cela nous permette de résoudre quoi que ce soit. Je préférerais de loin que nous nous attachions sérieusement à déterminer de quelle façon nous pourrions utiliser, et utiliser plus efficacement, les ressources intrinsèques au secteur déjà en place.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aimerais pour commencer signaler qu'à mes yeux l'exposé du professeur Manga est extrêmement utile dans la mesure où il souligne quelque chose, et je pense surtout à l'échange qui vient d'avoir lieu entre le témoin et M. Epp, qui a parlé d'un élément que j'avais peut-être sans succès essayé de relever la dernière fois, et c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'une question, pour présenter les choses simplement, de sous-financement par opposition au surfinancement; il s'agit également de se demander de quelle façon le budget actuel de la santé est distribué. Pour reprendre donc cette simple question, comment le budget de la santé est distribué, il est certain qu'il y a des secteurs qui sont surfinancés, qui reçoivent davantage d'argent qu'ils ne le devraient, et qu'il y a également d'autres secteurs qui sont sous-financés. À ce moment-là, bien sûr, la question générale du surfinancement ou du sous-financement est extrêmement difficile à aborder et aucune réponse satisfaisante ne peut y être apportée, si ce n'est dans cette optique ici, et j'en viens à la question que je veux vous poser: dans le domaine général du financement des services médico-hospitaliers, les rapports qui existent entre le gouvernement fédéral et les provinces sont-ils, à long terme, adéquats?

A long terme, il me semble que, compte tenu des rapports qui existent actuellement entre le gouvernement et les provinces, ces dernières sont quelque peu défavorisées dans la mesure où leurs contributions aux soins de santé sont vraisemblablement liées à l'inflation que subissent ces coûts et non pas à l'inflation générale. Leurs contributions à ces coûts dépendent de la demande de nouveaux services ou des frais qu'entraînerait l'adoption d'un modèle de soins de santé différent si la demande s'en faisait sentir tout en étant obligées de financer les services qu'exige l'ancien modèle. Par contre, la contribution du gouvernement fédéral ne dépend absolument pas du

[Text]

unrelated to health care costs, in this case the three-year moving average of the GNP. Now, it might be the case that the GNP might become so wonderful that this could become a very rich transfer on the part of the federal government, but it might also not be the case.

So even if it continues to be block funding, in terms of full partnership how do you see the relative position of the provinces *vis-à-vis* the federal government?

Prof. Manga: I think there is no question about the fear on the part of provincial governments, and you are looking to the near future even. They fear that the transfers from the federal government are not going to be sufficient to help them pay for health care costs, mainly because they think the economy is not going to grow very quickly, and if you work through the formula, the moving average, it will mean a smaller and smaller proportion of the health care costs are picked up by federal transfers. That is one of the fears.

That is what they think of the future. As for the past, I have a different view of what has really happened. I think the federal government has done ample justice to the provinces in this regard. But the future is something else of course.

This question of how the federal government should pay for health care costs—for medical, hospital, and indeed, in the global setting, all other kinds of health care costs—is something that is worked out by consultation, bargaining between the different levels of government. It is impossible for one person to come and tell you the split should be 60-40 or 50-50. I do not think there is anything magical about any of these numbers. But if the fear then is that the costs are going to be higher than the growth of the GNP I think this is precisely what I would take as an indication for provincial governments to do something about containing costs and raising efficiency.

I cannot answer that other question: How much should the federal government pay in the future? I hope that you have an agreement or understanding or formula that transfers on a broad basis rather than tied to specific kinds of programs. As to the actual division, how can anyone say for sure they want a 55-45 split or whatever?

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: The question of the long-term relationship is generally asked in the context of recalling that the original understanding was 50-50 so I was basically asking the question: In the long run can we expect that the federal government will be able to maintain 50% of even what it defines as the 100%? But I do not want to dwell on that.

Prof. Manga: I do want to answer that.

Mr. Blaikie: I would like you to expand on this whole question of the kinds of user fees that you understand some provinces understand are not included in the act but which in your view may be included in the act. You also claim there are some provinces in which those kinds of user fees may be in violation of the act, and obviously some which are not. So I

[Translation]

coût des soins de santé, dans le cas qui nous préoccupe, de la moyenne triennale mobile du PNB. Mais il se pourrait fort bien que le PNB s'améliore tellement que cela deviendrait, pour le gouvernement fédéral, un transfert très riche, mais il se peut fort bien également que ce ne soit pas le cas.

Par conséquent, même si la méthode du financement global se perpétue, comment envisagez-vous la position relative des provinces par rapport au gouvernement fédéral dans le cadre d'une pleine participation?

M. Manga: Je pense que la crainte qu'éprouvent les gouvernements provinciaux ne fait aucun doute et pourrait même se matérialiser dans un avenir proche. Les provinces craignent que ces crédits octroyés par le gouvernement fédéral ne suffisent pas à financer les soins de santé car elles pensent que l'économie ne va pas s'améliorer de manière substantielle, compte tenu de cette moyenne mobile, une partie de plus en plus petite des frais de santé sera prise en charge par les crédits octroyés par le gouvernement fédéral. Voilà une de leurs craintes.

C'est ainsi que les provinces voient l'avenir. Quant au passé, mon point de vue diffère un peu. Je pense que le gouvernement fédéral a rendu justice aux provinces à cet égard. Mais l'avenir nous réserve autre chose.

A mon avis, le financement par le gouvernement fédéral des frais de santé, non seulement médicaux, ou hospitaliers, mais tous les frais de santé, devrait faire l'objet de consultations et de négociations entre les différents paliers de gouvernement. Personne ne peut dire que le partage devrait être de 60-40 ou de 50-50. Il n'existe pas de formule magique. Mais si l'on craint que les frais soient plus élevés que la croissance du PNB, je pense alors que les gouvernements provinciaux devraient en profiter pour essayer de contenir les coûts pour être plus rentables.

D'autre part, je ne peux pas vous dire combien le gouvernement fédéral devrait payer à l'avenir. J'espère qu'il existe un accord ou une entente ou bien une formule qui permet d'accorder des crédits d'une manière générale et non pas en fonction de programmes précis. Quant à la répartition de ces frais, comment peut-on dire qu'ils devraient être répartis à concurrence de 55-45?

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Lorsqu'on parle de répartition, on la voit en se souvenant qu'à l'origine c'était de 50-50. Dans ce cas permettez-moi de vous poser la question suivante: à long terme, peut-on s'attendre à ce que le gouvernement fédéral continue de financer 50 p. 100 de ce qu'il définit comme étant de 100 p. 100? Mais je ne voudrais pas m'attarder là-dessus.

M. Manga: Permettez-moi d'y répondre.

M. Blaikie: Je voudrais plutôt que vous développiez toute cette question de frais modérateurs que certaines provinces, d'après vous, croient ne pas figurer dans la loi mais qui, à votre avis, pourraient l'être. Vous prétendez également que dans certaines provinces, ces frais modérateurs enfreindraient la loi

[Texte]

would like to ask you which provinces, in your view, might be in violation of the Act, and for what reason.

Secondly, do you agree that in those cases, for instance, where people have been panelled for chronic care and are simply in a waiting situation in a hospital, for instance, until they can get into a nursing home they should be required to pay some of the so-called hotel costs or whatever to contribute somewhat to their own maintenance in this case seeing as they have already passed out of being perceived as acute care?

• 1010

Prof. Manga: Well, I am going to answer both questions.

Mr. Blaikie: Well, that is fair, I expect.

Prof. Manga: Under EPF, there is no understanding between the provincial governments and the federal government that the federal government will assure 50% of the health care costs. That disappeared with EPF. So I do not think one should still work on the assumption that since we were working under roughly 50% understanding up to 1977, that still pertains; it does not.

Okay, to answer the question on chronic health care payment, let me say that the regulations I found very troublesome. Regulations pertinent to proposed Section 19 defines allowable user charges in a way which I think... I believe should shock a whole number of provinces. I will give you one example: Quebec. I think Quebec would be the most upset by it, but not only Quebec, for sure. The principle that the regulation tried to address is the following one: When is a patient not in need of medically necessary services? Now, one could say that an elderly patient in a hospital awaiting discharge to a nursing home is no longer in need of medical services but is mainly in need of domiciliary care; such a patient could be charged a user fee or user charge of, say \$10 or \$20, or whatever, per diem. In my view, such a charge is legitimate and fair. That is what the regulation is about. It is trying to separate people who need long-term care into two classes of patients—those who can be legitimately charged a fee and those who cannot. The distinction is made on the basis of medically needed services. As I say in my brief, I sympathize with the attempt on the part of the drafters of the regulations to make that division in that fashion. I think it is a legitimate way to do it.

Okay, now to answer your third question. Is it legitimate, indeed, to charge anyone who is awaiting placement in a nursing home? The arguments offered by most of the provinces which, incidentally, I accept, is that there are several reasons for pushing or allowing, or permitting such charges. One simply is equity, and I think it is the most important. If, indeed, they were placed in a nursing home and then charged some money for care, why should they not pay the same kind of money if they were in a hospital awaiting placement? The other reason is an efficiency one. If we use our expensive capital facilities to keep patients who do not need such care then, of course, we are doing ourselves a collective injustice when we misallocate or misuse the resources. The efficiency

[Traduction]

et d'autres non. Je voudrais donc vous demander quelles provinces enfreignent la loi et pour quelle raison.

Deuxièmement, pensez-vous, par exemple, lorsque des malades ont été admis à obtenir des soins chroniques et qu'ils restent à l'hôpital en attendant d'avoir un lit dans une maison de repos, que ces malades devraient être tenus de défrayer une partie de leurs frais d'hébergement ou de prendre en charge une partie de leurs frais puisqu'ils n'ont plus besoin de soins intensifs?

M. Manga: Je vais répondre à vos deux questions.

M. Blaikie: C'est normal, je suppose.

M. Manga: En vertu du financement des programmes établis, aucune entente existant entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral n'oblige ce dernier à prendre en charge 50 p. 100 des frais de santé. Or, le financement des programmes établis a été abrogé. Par conséquent, je ne pense pas que, puisque ce partage était d'environ 50 p. 100 suivant l'entente conclue jusqu'en 1977, cela devrait se perpétuer; en fait, ce n'est pas le cas.

Pour répondre à votre question sur le financement des soins chroniques, permettez-moi de vous dire que les règlements sont fort troublants. Les décrets d'application de l'article 19 définissent les frais modérateurs admissibles de telle sorte qu'ils devraient, à mon avis, choquer un certain nombre de provinces. Par exemple, je pense que le Québec serait le plus contrarié, mais certainement pas uniquement le Québec. Le règlement a essayé de répondre à la question suivante: quand un patient n'a-t-il pas besoin de services médicaux nécessaires? On pourrait, par exemple, dire qu'un patient âgé attendant dans un hôpital un lit dans une maison de repos n'a plus besoin de services médicaux, mais plutôt de soins à domicile; dans ce cas, un patient pourrait se voir imposer des frais modérateurs de, disons, 10 ou 20 dollars par jour. À mon avis, ces frais seraient légitimes et justes. C'est là l'objet du règlement en question. Il tente de séparer en deux catégories ceux qui ont besoin de soins à long terme, à savoir ceux à qui on peut légitimement demander de partager les frais et ceux à qui on ne peut pas. Cette distinction est faite en fonction des services médicaux nécessaires. Comme je l'ai dit dans mon exposé, j'avalise pleinement la tentative faite par les rédacteurs de ce règlement d'établir ainsi cette distinction. Je pense qu'elle est tout à fait légitime.

Je voudrais maintenant répondre à votre troisième question. Est-il justifié d'imposer des frais modérateurs à un malade attendant d'obtenir un lit dans une maison de repos? La plupart des provinces estiment, et je suis d'accord avec ces arguments, que l'imposition de ces frais se justifie pour plusieurs raisons. La première se justifie pour une simple question de justice et je pense que c'est la plus importante. Si ces malades étaient placés dans une maison de repos et qu'ils devaient assumer eux-mêmes une partie de leurs frais, pourquoi n'assumeraient-ils pas ces frais s'ils attendent dans un hôpital d'être placés en maison de repos? L'autre raison en est une de rentabilité. Si nous utilisons nos installations fort coûteuses pour garder des patients qui n'ont pas besoin de

[Text]

reason, by the way, is not something the provinces push very hard on; whereas on the equity one they do. And in that sense, I do support charging patients who do not need medically necessary care a sum of money.

Mr. Blaikie: It seems to me that the problem is in the regulations with the term "medically necessary". There may be a way of describing that which makes the distinction between people who are already in a chronic care situation in which there is still the case for necessary medical attention.

Prof. Manga: Precisely.

Mr. Blaikie: So I would agree with you that the wording somehow needs to be changed. In terms of efficiencies, what do you think of the idea that if—and I am sure that a great many ministers of health including my own, would not be happy with this suggestion—say, they were not able to charge user fees, there would be an incentive there, meaning for people who are already panelled for chronic care, for them to get a building—that is, the chronic care facilities or the chronic alternatives? I mean those which they now do not necessarily have the same impetus to build, because they can fill hospitals and, in some cases, the hospitals are filled to 40% with people who should be in nursing homes or should be in some kind of alternative care situations. So this is part of the reason for the long line-ups. It is not just a case of underfunding here. It is a case also of misallocation of resources, the under-funding of nursing home alternatives—however you want to describe it. There is always half a dozen ways to describe these situations. I just wonder whether there is not a kind of a window here or an opportunity to put some pressure on provincial governments to get about the business of building those nursing home alternatives, or whatever alternatives they deem to be appropriate, so we can start using our acute-care hospitals for acute care.

• 1015

Prof. Manga: I think a better way of putting pressure on the provincial governments to use resources wisely and efficiently is not to build more hospitals.

Mr. Blaikie: Well, I agree. I did not suggest building more hospitals.

Prof. Manga: I am just saying that is a better way of approaching it.

Mr. Blaikie: Well no, it is not. If you do not build any more hospitals, you still have the problem of your existing hospitals being filled to inappropriate percentages by . . .

Prof. Manga: Well, you have to build something else.

Mr. Blaikie: All right. That is what I was suggesting.

Prof. Manga: You start with saying: Look, I am not going to build more hospitals because they are going to be misused.

[Translation]

soins, nous nous montrons alors collectivement injustes puisque nous n'utilisons pas à bon escient les ressources que nous avons à notre disposition. D'ailleurs, cette question de rentabilité ne tient pas particulièrement à coeur aux provinces, mais ce n'est pas le cas pour la question de justice. Et dans ce sens, je suis tout à fait en faveur d'imposer des frais modérateurs à des patients qui n'ont pas besoin de soins médicaux.

M. Blaikie: Je pense que l'expression «médicalement nécessaires» constitue le coeur du problème que posent ces règlements. Il faudrait peut-être établir une autre distinction pour ceux qui obtiennent déjà des soins chroniques mais qui ont toujours besoin d'une attention médicale.

M. Manga: Absolument.

M. Blaikie: Par conséquent, je suis d'accord avec vous pour dire que le libellé de cet article devrait être modifié. Pour ce qui est de la rentabilité, que pensez-vous de l'idée selon laquelle, et je suis sûr qu'un bon nombre de ministres de la Santé, y compris le mien, ne seraient pas contents de cette suggestion, si les provinces ne pouvaient pas imposer de frais modérateurs, elles seraient poussées à aménager des installations pour les malades ayant besoin de soins chroniques? Je veux parler des provinces qui ne sont pas nécessairement encouragées à construire puisqu'elles peuvent remplir les hôpitaux et, dans certains cas, je dois dire que les hôpitaux sont remplis jusqu'à concurrence de 40 p. 100 de malades qui devraient être dans des maisons de repos ou qui devraient subir d'autres soins. C'est ce qui explique en partie les listes d'attente qui n'en finissent pas. Dans ce cas-là, il ne s'agit pas simplement d'une question de sous-financement. C'est également un cas de mauvaise répartition des ressources, une question de fonds insuffisants mis à la disposition de maisons de repos, peu importe la façon dont on décrit ce phénomène. Je me demande s'il ne serait pas possible de faire pression précisément sur les gouvernements provinciaux pour les obliger à construire de telles maisons de repos ou de prendre d'autres dispositions afin de pouvoir utiliser les lits d'hôpitaux pour les soins intensifs seulement.

M. Manga: Une meilleure façon de faire pression sur les gouvernements provinciaux et d'utiliser les ressources avec sagesse et efficacité est de ne pas construire davantage d'hôpitaux.

M. Blaikie: Je suis d'accord. Je ne suggérerais d'ailleurs pas cela.

M. Manga: C'est une meilleure façon d'envisager les choses.

M. Blaikie: Pas vraiment. Si l'on ne construit pas de nouveaux hôpitaux, il y aura un surpeuplement des hôpitaux existants . . .

M. Manga: Il faut construire autre chose.

M. Blaikie: D'accord. C'est ce que je proposais.

M. Manga: Il faut tout d'abord décider que l'on ne construira pas de nouveaux hôpitaux parce qu'ils ne seront pas bien

[Texte]

You put some constraint on building hospital beds. Perhaps they will build the other institutions you are looking for.

Let me put it to the committee in a rather dramatic fashion. There are major plans covering hundreds and thousands of people that operate a system with half the number of beds that we do. What I mean is that if you look at hospital beds per hundred thousand population, there are systems in the States that operate with half the number we do, and I do not hear their howling about waiting lists.

Mr. Blaikie: Can I ask a question?

The Chairman: One more question; then we will go to Mr. Breau.

Mr. Blaikie: Well, about the systems in the United States. These are private health care plans, I presume?

Prof. Manga: No, they are HMOs.

Mr. Blaikie: The beds are not allocated on the basis of who has the money to pay to get up the list?

Prof. Manga: No.

The Chairman: I will come back to you, Mr. Blaikie, in the second round. Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): They pay \$10,000.

Prof. Manga: I am sorry, they do not pay \$10,000 for an operation.

The Chairman: Miss MacDonald will have a chance to question in due course. Mr. Breau.

Mr. Breau: We hear a lot of people suggest that it would make sense for the public to invest more money in preventive medicine—*la médecine préventive*... through all sorts of schemes. Now, without addressing the social value of that or the educational value of that—I can see that there may be advantages in that regard—but strictly from an economic point of view, do you feel or would you tell the committee whether you feel there is a return for the taxpayer in putting more money in prevention as a long-term health care investment?

Prof. Manga: Well, the answer has to be a rather mixed one. When we talk about prevention, we are talking about literally hundreds and thousands of ideas or programs or designs of programs. Surely not all of them make sense. I would not want to sit here and say prevention—no matter what kind of prevention we are talking about—is a great idea. There are lots of preventive ideas that are worthless, frankly.

There are lots of good prevention notions that do not require any health care personnel. Those are the ones I like particularly. There are indeed many, many good ideas in prevention which I think deserve a lot more attention, a lot more money and a lot more effort than we have allocated so far.

Let me give you one simple example. You know, preventing asbestosis makes to me a lot more ethical sense, a lot more economic sense than having these people incur these diseases,

[Traduction]

utilisés. De cette façon, les gouvernements construiront peut-être les autres établissements que vous envisagez.

Il y a d'autres systèmes dans le monde qui fonctionnent très bien avec la moitié du nombre de lits dont nous disposons. C'est le cas notamment aux États-Unis où la population n'est pas en train de se plaindre au sujet de listes d'attente.

M. Blaikie: Pourrais-je poser une question?

Le président: Une dernière question, avant de passer à M. Breau.

M. Blaikie: Je suppose que vous voulez parler de régimes privés d'assurance-santé aux États-Unis.

M. Manga: Pas du tout, il s'agit des HMO.

M. Blaikie: Et la priorité ne va-t-elle pas aux personnes qui ont de l'argent?

M. Manga: Non.

Le président: Je vous donnerai la parole à nouveau au deuxième tour, monsieur Blaikie. Je donne la parole à M. Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Et ils paient 10 000\$.

M. Manga: Non, ils ne paient pas 10 000\$ pour une opération.

Le président: M^{lle} MacDonald aura la possibilité de poser des questions en temps et lieu. Monsieur Breau.

M. Breau: On entend souvent dire qu'il serait beaucoup plus logique d'investir davantage de fonds publics en médecine préventive et cela dans le cadre de différents programmes. Je ne parle pas ici de la valeur sociale ni éducative d'une telle orientation, je reconnais évidemment que celle-ci comporte de nouveaux avantages, mais d'un point de vue strictement économique, n'estimez-vous pas que l'utilisation des deniers publics à des fins de médecine préventive serait un meilleur investissement?

M. Manga: Ma réponse est assez mitigée. Lorsque l'on parle de prévention, on peut très bien parler de centaines de milliers de programmes différents. Il est certain que ceux-ci ne sont pas tous valables. Ainsi donc, je ne dirais pas que la prévention en bloc est une idée fantastique, car ce ne serait pas vrai.

Par contre, il y a pas mal de choses que l'on peut faire pour prévenir les maladies et qui ne nécessitent pas le recours à un personnel médical. C'est ce genre d'orientation que je recommanderais. Il faudrait donc s'y attacher bien plus que ce que nous avons fait jusqu'à présent.

Je vais vous donner un exemple. La prévention de l'amiante est beaucoup plus logique du point de vue moral et du point de vue économique que le traitement de la maladie elle-

[Text]

which are very, very costly to treat—in fact they are not curable; these patients will definitely die—but in the process use up a lot of hospital and medical services. Here is an illustration. In the occupational health and safety field, you will find lots of good opportunities for investment in prevention that make a lot of sense. It is not part of the Canada Health Act; it is not even part of Health and Welfare, but it is elsewhere. Those are the sorts of things that we underfund because we keep on talking about this waiting list for hospital care that we are so enamoured with and are so upset by. There are lots of other kinds of prevention programs that do not require a whole lot of investment of funds, of resources.

It may mean legislation. I suppose one could legislate places where you cannot smoke. I suppose a small investment in counter-advertising would go a long way in cutting down on smoking. Those are not expensive programs I am talking about, but the returns are very, very high. But I can also tell you about so-called prevention and I would extend it to promotion, programs that I do not think it is the business of government to get into. For example, there are aspects of Participaction that I think people can look after themselves, or the private sector can worry about. I do not think the government needs to venture into all areas of prevention and promotion.

• 1020

In a nutshell, what I am trying to suggest is that we ought to be a lot more discriminatory about the kinds of prevention and promotion programs we push or we encourage and the kinds of programs we would incorporate within our public programs and the sorts of things we have got to leave to the private sector. But surely there are very good ideas in prevention and promotion that we should look at.

Mr. Breau: Could you tell us if you have seen any study that has been made lately about the pattern of capital investment in the health system, really which are the responsibility of provincial governments, to see if the pattern has changed since EPF, because one of the disadvantages of the cost-share system was that there was no incentive for the decision-makers on the building of buildings to make decisions on the basis of efficiency. Would you be aware of any study that has been made about the relationship between capital expenditures and other expenditures, before EPF and after EPF, and do you feel it has changed? Do you think it is getting better? In other words, are we still building overly expensive hospitals that sometimes we do not have money to operate?

Prof. Manga: Well, I do not think the latter is the case.

Mr. Breau: I think it is in some areas.

Prof. Manga: Yes, in some areas. I suppose if one looked at Throne Speeches at the provincial government level, you would find them saying all these wonderful things they are going to do and they will literally say that thanks to EPF they can allow these changes to occur. But the reality is somewhat different, though it is somewhat improved since 1977. I think there have

[Translation]

même. En effet, le traitement est très coûteux et le malade de toute façon incurable, alors qu'il représente un fardeau considérable pour les services hospitaliers et médicaux. Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres. En matière de santé et de sécurité industrielles, il y a beaucoup de choses à faire en matière de prévention. Cependant, celles-ci ne relèvent pas de la Loi canadienne sur la santé; celles-ci ne sont pas du ressort du ministère de la Santé et du Bien-être mais plutôt d'autres organismes. Or, ce sont précisément là que les fonds manquent. Nous continuons à parler de ces listes d'attente pour les lits d'hôpitaux, nous en parlons tellement que cela en devient une obsession, alors qu'il y a pas mal de programmes de prévention qui pourraient être mis sur pied et qui ne nécessitent pas de grandes dépenses de fonds ni de ressources.

Peut-être devrait-il y avoir d'autres lois. Peut-être devrait-on prévoir dans la loi des endroits où il est par exemple interdit de fumer. Des dépenses pour de la publicité qui iraient à l'encontre de la publicité en faveur du tabac donneraient de très bons résultats. Je ne suggère donc pas des programmes coûteux, mais au contraire des programmes où les avantages seraient très élevés. Cependant, à mon avis, il y a également des prétendus programmes de prévention et de promotion qui ne devraient pas être du ressort du gouvernement. C'est le cas notamment de certains aspects du programme Participaction. À mon avis, la population ou le secteur privé devrait s'en occuper, non le gouvernement.

Nous devrions donc faire preuve de plus de discrimination concernant le genre de programmes de prévention et de promotion que nous voulons inclure dans nos programmes publics. Il y a certainement des choses qui relèvent du secteur privé et non public.

M. Breau: Avez-vous pris connaissance d'études qui auraient été faites récemment et qui portent sur les fonds dépensés en matière d'assurance-santé et qui sont du ressort des gouvernements provinciaux. Y a-t-il eu des changements fondamentaux depuis l'entrée en vigueur du FPE? En effet, un des désavantages du système de partage des coûts était que rien n'incitait les gestionnaires à être efficaces lorsqu'ils décidaient de la construction de certains bâtiments par exemple. Quelle est la situation avant et après l'entrée en vigueur du système de financement des programmes établis? Y a-t-il eu à votre avis des changements? Estimez-vous que la situation s'améliore? En d'autres termes, construisons-nous toujours des hôpitaux extrêmement coûteux et pour lesquels nous n'avons pas les fonds d'exploitation nécessaires?

M. Manga: Je ne crois pas que ce soit le cas.

M. Breau: Si, dans certaines régions.

M. Manga: Evidemment. Les discours du trône des gouvernements provinciaux font toujours miroiter toutes sortes de choses qu'ils pourront faire grâce au nouveau système de FPE. Cependant, la réalité est quelque peu différente, même s'il y a eu des améliorations depuis 1977. Il y a eu quelques changements positifs qui sont intervenus; on semble s'orienter quelque

[Texte]

been some positive changes in the direction of emphasizing other than hospital and medical services. But it has not been very dramatic. I am talking about something I looked at a couple of years ago so I cannot give you . . .

Mr. Breau: What I mean is the relationship between expenditures in the health system between capital investment and other expenditures in the health system; in other words, I believe it can . . .

Prof. Manga: I cannot be definitive on that.

Mr. Breau: —be said that up to 1976, 1977 there had been over-capitalization in buildings and this may be partly true due to the fact that you had a 50-50 system, generally speaking, where there was no incentive to reduce the cost of buildings. In my province, for example, they built two hospitals in the early 1970s that the Province of Ontario could not afford to build. There was a freeze here but New Brunswick built them.

Prof. Manga: Well that result, by the way, is not just cost-sharing agreements but cost-sharing plus; something called the health resources fund where there was some encouragement to capital investment. But I cannot answer your question for the recent four or five years; I just do not know. I have not looked at it.

Mr. Breau: You have not come across any study on this question?

Prof. Manga: I do have studies in this area, I just have not read them I am afraid.

Mr. Breau: Thank you.

The Chairman: Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Manga, I would like to draw particularly on the question of funding. You are a health economist. Could you tell me what you have seen in the way of costs in the medical field and the changes thereto over the last 10 years as a result of changes and breakthroughs in the whole field of medicine? I am talking about reconstructive medicine that is now being widely practised. I am talking about various new kinds of technology, such as CAT scanners, which have come into operation. What impact has this advance in medicine had on the cost?

Prof. Manga: I doubt there is a single Canadian study that generates the kind of numbers one sees in the United States which says that 50% of inflation in health care costs can be attributable to medical technology.

• 1025

I do not think in Canada we have such studies. However, I will answer the question in a general fashion, if I may.

[Traduction]

peu dans une autre direction que les services hospitaliers et médicaux seulement. Cependant, les changements n'ont pas été très spectaculaires. Je vous parle ici de quelque chose que j'ai étudié il y a quelques années et donc je ne pourrais par conséquent . . .

M. Breau: Je voulais parler du rapport entre les dépenses d'immobilisation et les autres dépenses en matière de santé. En d'autres termes, je crois . . .

M. Manga: Je ne pourrais rien vous dire de définitif à ce sujet.

M. Breau: . . . que jusqu'en 1976-1977, il y avait eu une trop grande concentration de capital dans les projets d'immobilisation, ce qui était sans doute dû à ce partage des coûts également entre les deux paliers de gouvernement, ce qui n'incitait certainement pas à réduire les frais de construction. Dans ma province, par exemple, deux hôpitaux ont été construits au début des années 70, constructions que n'aurait pu s'offrir la province de l'Ontario dont le budget était alors gelé. Mais le Nouveau-Brunswick les a construits.

M. Manga: Cela ne provient pas simplement du fait qu'il y a un partage des coûts, mais cela provient d'autres éléments également. En effet, le fonds de ressources encourageait les investissements dans des projets d'immobilisation. Je ne pourrais répondre à votre question en ce qui concerne les quatre ou cinq dernières années, n'ayant pas étudié cette question.

M. Breau: N'êtes-vous pas au courant d'études qui auraient été faites sur cette question?

M. Manga: Si, mais je ne les ai pas lues.

M. Breau: Merci.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

Monsieur Manga, j'aimerais me concentrer particulièrement sur la question du financement. Vous êtes spécialiste en économie de la santé. Quel impact économique les nouvelles découvertes médicales ont-elles eu au cours des dix dernières années? Je veux parler notamment de la médecine réparatrice, de toutes sortes de nouvelles techniques, comme les *scanners* de tomographie axiale, etc. Quelle a été l'incidence sur les coûts de la médecine?

M. Manga: Je ne crois pas qu'il existe au Canada des études comparables à celles qui ont été faites aux États-Unis et selon lesquelles 50 p. 100 de l'inflation en matière de coûts de la médecine sont attribuables à la technologie médicale.

Je ne crois pas qu'au Canada nous ayons de telles études. Cependant, je répondrai à cette question de façon générale.

[Text]

I think there is a tendency to blame the rising health care costs on the proliferation and diffusion of medical technology. The concern is of two kinds; one that goes something like this. There is far too much medical technology that gets introduced in the health care system and that gets diffused too rapidly without it being properly evaluated from the point of view of efficacy in the first instance and then effectiveness: does it really lead to more cost-effective treatment, procedures, and so on. I think that general proposition is well taken. There are indeed very many medical technologies that we do not assess properly before they become the fashion. On the other hand, there is no question about some of the technology being very useful and very productive, in the sense of improving our quality of life. I do not think one should be a nihilist or for that matter so enamoured with technology as to think it is always good.

Again, it points to the matter talked about a little earlier in the context of prevention and promotion. We do not have in Canada procedures and approaches and institutions to discriminate between useful, wise, efficient technology and those that are not. This is certainly one of the things that come up time and time again. We do not have the institutional wherewithal to say these are the technologies we should push and these others we should not. It is not all black and white, obviously.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): The reason I asked you that is—I take it you are a health economist. If you as a representative of that breed do not have these answers, I am not sure whom we go to. Obviously we in our position as members of Parliament do not have the answers.

If you cannot give me any idea of what the actual change in costing or funding has been, have you done anything in projecting health costs forward for the next 10 or 20 years in a population which we all acknowledge is going to be an aging population and where there are going to be certain demands on the health care system which should begin to alert us now to consider the divisions in the spending programs and how much is going to have to be allocated to health care? Now, obviously a health economist should probably have done some projections in that way, I think particularly in the field of reconstructive medicine. I see more and more operations being carried out in this field with older people. I would presume that will increase and the cost will increase unless we say to them, you should not have it; it is not efficient in the system. What I seemed to draw from your comments earlier was that unless it is proven 100% efficient, we had better put that to one side. I look at this question of reconstructive medicine particularly in that field and wonder if that is what you were hinting at or alluding to.

Prof. Manga: I do not think I have said they should be 100% efficient. I do not use such language or words. But I do mean sincerely that some evaluation of technology is necessary. In that sense you heard me correctly.

As for the projection, I am just one of a number of health economists, who all do different kinds of things. Not everyone obviously is going to do projection work and so forth. I have not done any projection work. So I cannot answer the other

[Translation]

On a tendance à attribuer l'augmentation des coûts à la prolifération et la diffusion de nouvelles techniques médicales. On se plaint du fait que les nouvelles techniques sont utilisées tellement rapidement qu'on n'a plus le temps d'en évaluer convenablement l'efficacité et le bon fonctionnement. On peut donc se demander si le traitement n'en devient pas plus coûteux. Il existe beaucoup de nouveaux appareils qui ne sont pas évalués suffisamment convenablement avant d'être mis en circulation. Cependant, certaines de ces nouvelles découvertes sont certainement très utiles et améliorent la qualité de la vie. Il ne faut donc ni rejeter de façon catégorique toutes ces nouvelles techniques ni penser qu'elles sont toujours extrêmement valables.

On en revient donc à la question de la prévention et de la promotion. Il n'existe pas au Canada des méthodes ou des institutions qui permettent d'évaluer quels sont, dans cette nouvelle technologie, les éléments valables et les autres qui ne le sont pas. C'est toujours contre ce problème que l'on bute. Nous n'avons pas les institutions qui nous permettraient de décider quelles nouvelles techniques adopter et lesquelles rejeter. Il ne faut donc pas tout voir en blanc et noir.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Vous êtes spécialiste en économie de la santé. Si vous n'avez pas les réponses à nos questions, qui les a? Il est certain que ce ne sont pas les députés.

Si vous ne pouvez me donner une idée des changements réels en matière de coûts et de financement, pouvez-vous peut-être nous donner une idée de ce que seront ces coûts au cours des 10 ou 20 prochaines années quand la population sera de plus en plus âgée et aura donc de plus en plus recours aux programmes de santé? En tant que spécialiste de cette question, vous devriez avoir fait des prévisions à ce sujet et je pense précisément au domaine de la médecine réparatrice. De plus en plus d'opérations sont faites en ce domaine sur des personnes âgées. Je suppose que cela ne va cesser de croître à moins que nous n'empêchions de telles interventions, que nous décidions une fois pour toutes que celles-ci ne devraient pas être faites, qu'elles surchargent le système. Si j'ai bien compris vos commentaires, c'est bien ce que vous avez dit, n'est-ce pas, c'est-à-dire que si certaines interventions ne sont pas efficaces à 100 p. 100, il vaudrait mieux ne plus y avoir recours. Est-ce cela dont vous voulez parler?

M. Manga: Je ne crois pas avoir parlé de 100 p. 100 d'efficacité. Je ne parle pas en ces termes. Cependant, j'estime qu'il est nécessaire de procéder à une évaluation des nouvelles techniques médicales.

Pour ce qui est des prévisions, je ne suis qu'un des spécialistes en matière de recherche économique sur la santé. Nous travaillons tous dans des domaines différents. Il est certain que nous ne faisons pas tous des prévisions, et ce n'est pas mon

[Texte]

question. But the general feeling is surely that with an aging population, and indeed if we apply the kinds of technologies available to an aging population, the costs will rise. That is not a mystery. I can only suggest to you, as a health economist, that it does not very much matter what your projections are. Most projections, as you know, turn out to be wrong, because the technology changes so rapidly that by the time 1990 rolls around we might have discovered maybe another 120 very interesting technologies which we could use for an aging or for that matter younger population and all the numbers you projected would turn out to be mush.

• 1030

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That does not give me much of a response with regard to the question of underfunding or overfunding. You had made the statement that the system was overfunded. My concern is that there are a great many people looking for health care who, 10 or 20 years ago, would not have been able to get the kind of care they now are. Obviously, that is going to add to the cost.

Is that going to increase, and by how much? How much should we allocate to it? Those are the things . . . Regardless of the way in which you alluded to the waiting list, I live out there in the real world, in a community where there is a waiting list of 800 people waiting to get into a hospital. They all consider themselves important and their health needs important.

Now, what I would like to ask is: With regard to the hospital system and the operation of hospitals, as a health economist, how have you carried out your examination to say the system is overfunded?

I look at hospitals today. I go into a hospital that is not newly constructed; it has been a teaching hospital for 150 years. It is struggling to even maintain itself. I want to ask you what you would do or where you see that in the system which you think is overfunded.

I was also wondering if that is one of the ones you were going to suggest be closed.

Prof. Manga: Quite frankly, I would close Queens University if I had the power to do so; the medical school, yes.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Well, good for you. I will tell you what; I could use that . . .

Prof. Manga: There is a very good reason for it. After all, I wonder about the doctors we produce, who work on actors instead of real patients. That place of yours is very small, and the fact that it has a medical school is a mystery to me.

But that is my opinion. Let me address the other question.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I am glad it is your . . .

Mr. Epp: They happen to have a university as well. Maybe . . .

[Traduction]

domaine. Je ne pourrais donc répondre à votre question. Cependant, il est certain qu'étant donné le vieillissement de la population, si l'on continue à avoir recours à toute cette nouvelle technologie, les coûts continueront à augmenter; il ne faut pas être sorcier pour s'en rendre compte. Cependant, en tant qu'économiste de la santé, je puis vous dire que les prévisions ne sont pas d'une grande utilité, car, comme vous le savez, les changements technologiques sont tels à notre époque que cela pourrait très bien fausser les prévisions que nous pourrions faire pour 1990, par exemple.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Vous me laissez toujours dans le noir en ce qui concerne le financement inadéquat ou excessif. C'est vous qui avez parlé de surfinancement. À l'heure actuelle, beaucoup de malades reçoivent des traitements qu'ils n'auraient jamais reçus il y a 10 ou 20 ans. Cela va évidemment ajouter aux coûts.

Y aura-t-il une grande augmentation de coûts? Quelles devraient être nos prévisions? C'est le genre de choses que nous devrions savoir. Vous avez fait des remarques au sujet des listes d'attente dans les hôpitaux. Cependant, c'est moi qui vis dans le monde réel, dans une collectivité où 800 personnes attendent un lit d'hôpital et elles considèrent toutes que leurs besoins sont très importants.

En tant que spécialiste d'économie sanitaire, par quel procédé en arrivez-vous à conclure à un surfinancement en ce qui concerne les hôpitaux et leur gestion?

Prenons le cas d'un hôpital qui ne date pas d'hier, hôpital universitaire vieux de 150 ans qui lutte pour son existence. Où se situe un tel hôpital dans le système dont vous dites qu'il est surfinancé?

Je me demande même s'il ne s'agit pas là d'un des hôpitaux dont vous recommanderiez la fermeture.

M. Manga: Très franchement, je fermais la Faculté de médecine de l'Université Queens si j'en avais le pouvoir.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Très bien! Je vais vous dire ceci: . . .

M. Manga: Et je le ferais pour une bonne raison. Je me pose de sérieuses questions quant aux médecins que nous formons et qui travaillent sur des acteurs et non sur de véritables patients. Vous vivez dans une ville très petite et je ne comprends vraiment pas pourquoi il y a une faculté de médecine dans cette ville.

C'est mon opinion. Je vais essayer de répondre à votre autre question.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je suis heureuse de voir que . . .

M. Epp: Ils ont une université également dans cette ville. Peut-être . . .

[Text]

Prof. Manga: I am not from Queens, by the way, but . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): No, I can see you are not.

Prof. Manga: May I suggest members of this committee take all the information on waiting lists with a grain of salt. There is no province in Canada—for that matter, no municipal system or jurisdiction which is regional in any sense—that has anything like reasonable numbers on waiting lists. We do not have waiting lists of any kind. What does a waiting list mean? Do we have any sense of discrimination between emergency care, urgent care, elective care? How long do these patients really wait?

Are you suggesting to me there should be no waiting list? The only way we could have no waiting list is if we had a totally, utterly inefficient hospital system, where you simply do not have to wait. You would need a hell of a lot more beds than we have now. I am sure that is not what you want. Waiting lists are inescapable. They exist everywhere in the world.

The Chairman: Miss MacDonald, this is your last question for now.

Prof. Manga: If I may finish my answer . . .

The Chairman: You may.

Prof. Manga: The question is: What kind of waiting list makes sense? What kind of waiting list, decomposed into elective care, urgent care, emergency care, should we be worried about?

Now, I wonder about a system like ours, where we have lots of people who are concerned about waiting lists, and yet there is no formal attempt, as far as I know, to say: Let us look at the problem; let us develop information systems to see how extensive the problem really is and how we might control it in some fashion. Those are our priorities.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Chairman, I just wanted to make note that it has been at Queens University and the Kingston teaching hospital that some of the great medical breakthroughs in this country have been made.

Prof. Manga: That is right.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Without it, there would be a great many people who would not be alive today.

When you spoke earlier, you said there were no waiting lists in hospitals in the United States. Then you said there are waiting lists in every hospital in the world.

• 1035

I want to know what you would recommend be done about those 800 people who are waiting not just in Kingston but in hospitals and in communities all across the country. You just

[Translation]

M. Manga: Je n'ai pas fait mes études à Queens.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je m'en rends compte.

M. Manga: J'aimerais suggérer aux membres du Comité de prendre cette question de listes d'attente avec un grain de sel. Aucune province du Canada, aucune municipalité, aucune région de notre pays ne connaît de listes d'attente qui soient raisonnables. Et d'ailleurs, que signifient ces listes d'attente? Avons-nous établi une différence entre l'urgence et les interventions facultatives? Combien de temps les patients doivent-ils attendre à l'urgence?

Prétendez-vous qu'il ne devrait pas y avoir de listes d'attente? La seule façon de réaliser cela serait d'avoir un système hospitalier tout à fait inefficace où on ne doit pas attendre du tout. Cela signifierait beaucoup plus de lits. Ce n'est pas ce que vous voulez, je suppose. Il y a des listes partout dans le monde.

Le président: Mademoiselle MacDonald, ce sera votre dernière question pour le moment.

M. Manga: Si vous me permettez de terminer ma réponse . . .

Le président: Allez-y.

M. Manga: La question qui peut se poser est la suivante: quelles sont les listes qu'il est vraiment logique de tenir? Ne devrait-on pas établir des classifications différentes, par exemple des listes pour les soins facultatifs, pour les soins urgents et pour les accidents? De quoi devrions-nous nous préoccuper?

Je me pose de sérieuses questions quant à un système comme le nôtre où l'on se préoccupe tous de listes d'attente et où l'on n'essaye cependant pas d'étudier le problème dans son ensemble afin de voir sa gravité et la façon d'y remédier. C'est pourtant là-dessus que devraient porter nos priorités.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, je voulais simplement signaler que certaines des grandes percées dans le domaine médical au Canada ont été faites à l'Université Queens et à l'Hôpital universitaire de Kingston.

M. Manga: Exact.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): S'ils n'avaient pas existé, il y a beaucoup de gens qui ne seraient pas vivants aujourd'hui.

Plus tôt, au cours de la discussion, vous avez dit qu'il n'y avait pas de listes d'attente dans les hôpitaux américains. Ensuite, vous dites qu'il y a des listes d'attente dans tous les hôpitaux du monde.

Que recommandez-vous que l'on fasse au sujet de ces 800 personnes qui attendent d'avoir un lit à l'hôpital non seulement à Kingston mais partout au Canada. On ne peut quand même

[Texte]

cannot dismiss them. Yes, they have been broken down. The lists are annotated as to whether they are acute or less acute or elective or reconstructive. That is all there, but are they going to be told to go away?

Prof. Manga: No, not at all. I think you are painting a rather grim picture of the sorts of ethics I come with actually, and a rather unfair one.

Let us ask the question: Do we ever worry about the waiting lists for discharge? Did you ever hear of such a notion?

An hon. Member: Sure.

Prof. Manga: You did? Do we have such figures? Do we worry about how long . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Some people we cannot discharge because they do not live long enough.

Prof. Manga: —we keep patients in, why we keep patients in longer than necessary?

Mr. Halliday: I will tell you why, yes.

Prof. Manga: Do we worry about how many admissions we should not have had?

When you start looking at the kinds of ways we use hospitals—and, really, the question behind waiting lists is the way we use hospitals, the way we admit people, how long we keep them and how long we keep them beyond the point of them needing the kind of hospital care—you will find that the waiting list problem is a much smaller one and you would not be shouting up and down about it.

The Chairman: I will go on to Mr. McCauley now.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, through you to Dr. Manga, I want to pursue the question of overfunding and waiting lists for a minute.

Is it not true, Dr. Manga, that our average length of stay in hospitals is one of the highest in the western world and that our overall admission rate is one of the highest in the western world?

Prof. Manga: One of the highest is a bit far-fetched. Certainly historically, yes, it was one of the highest, in fact perhaps the highest—I am talking about at least 15 to 20 years ago. Since then our average length of stay has come down. In the past recent while it has become static again, but it is certainly higher than it could be. I think that is the statement I would rather make. I am not sure about it being the highest in the world or one of the highest in the world.

Mr. McCauley: But higher than it should be?

Prof. Manga: In my view, yes.

Mr. McCauley: On the question of overfunding, underfunding, I take it you are suggesting that the argument about

[Traduction]

pas les oublier. De plus, il est certain que cette liste a été subdivisée d'après le genre de chirurgie nécessaire. La liste mentionne s'il s'agit de soins intensifs, de chirurgie facultative ou réparatrice, etc. Va-t-on dire à ces personnes de retourner chez elles?

M. Manga: Pas du tout. Vous brossez de moi un tableau assez sombre et assez injuste.

Laissez-moi vous poser la question suivante: se préoccupe-t-on jamais de ce qui se passe pour ce qui est du renvoi des malades? Avez-vous jamais entendu parler de liste d'attente pour le renvoi des malades chez eux.

Une voix: Evidemment.

M. Manga: Vraiment? Avons-nous de tels chiffres? Nous préoccupons-nous du temps . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Il y a certaines personnes que l'on n'a même plus besoin de renvoyer chez elles puisqu'elles ne vivent pas suffisamment longtemps.

M. Manga: . . . où nous gardons certains patients, ou pourquoi nous les gardons plus longtemps qu'il n'est nécessaire de le faire?

M. Halliday: Je vais vous le dire.

M. Manga: Nous préoccupons-nous du nombre de personnes que nous avons admises à l'hôpital et qui n'auraient pas dû l'être au départ?

Quand on se penche sur la façon dont on utilise les hôpitaux, et c'est précisément de quoi nous parlons quand nous parlons de la question des listes d'attente, on se rend compte que le problème est beaucoup moins important qu'il en a l'air à première vue.

Le président: Je donne la parole à M. McCauley.

M. McCauley: Monsieur le président, j'aimerais poursuivre cette question du surfinancement et des listes d'attente.

N'est-il pas vrai de dire que la durée du séjour hospitalier dans notre pays est une des plus longues, et le taux d'admissions le plus élevé en Occident?

M. Manga: C'est peut-être un peu exagéré de dire que c'est l'un des taux les plus élevés. Ça l'a été sans doute il y a 15 ou 20 ans. Depuis lors, la durée de l'hospitalisation a diminué en moyenne avant d'atteindre un plateau. Cependant, elle est certainement plus longue que ce qu'elle pourrait être. Je ne sais pas si elle est plus longue que dans tout autre pays du monde.

M. McCauley: Mais elle est plus longue qu'elle devrait l'être.

M. Manga: À mon avis, oui.

M. McCauley: Parlons maintenant du surfinancement ou du sous-financement. À votre avis, l'argument voulant qu'il y ait

[Text]

underfunding is really a red herring and that the real issue is what we are doing with the money we have?

Prof. Manga: That is right.

Mr. McCauley: And that such programs as extramural hospital care that reduces the cost significantly... In New Brunswick, for example, with extramural care I understand the patient cost per day is about \$22 compared with \$220 per day in hospitals and \$50 per day in nursing homes. So that is a rationalization of services that you would recommend?

Prof. Manga: Indeed, and I do not think you will get the kind of rationalization we all speak about, including Mr. Epp, unless you put some pressure on the system. It is very easy—in fact, this is what I call the incidental virtue of the Canada Health Act—to do nothing if you keep on pouring money into the system. It is very easy to keep on generating the kind of doctors and the numbers of doctors we generate if we keep on throwing money into the system. You have to start somewhere, and I would rather start with putting the kind of pressure I am referring to, alluding to, to get the kind of change we want.

Mr. McCauley: Okay.

You made the statement as well that we should close medical schools. Are you suggesting that we have too many doctors in this country?

Prof. Manga: Yes, very much so. Let me also say here for the benefit of not just the committee but many others who are here—certainly some of them will be talking to you later on—that the warning about generating too many doctors was announced formally as early as 1969. It just shows that for 14 years we can ignore some of the warnings we have had in this country. It is not only recently that we have been talking about too many doctors.

What you get from too many doctors is you perpetuate very inefficient systems. If you have too many doctors you are not going to get the kind of substitution I was referring to earlier. After all, you look after doctors first; then you worry about nurses. You just make it very, very difficult for us to reorientate the health care system, to restructure it, if you have too many doctors. What are they going to do—drive ambulances?

• 1040

Mr. McCauley: On page 3 of your brief, point 6, you make the point:

With the recent incentives to hospitals to generate their own revenue there is a real potential for elective admission to be made dependent on ability-to-pay or private hospital insurance coverage.

Could you expand on that a bit?

Prof. Manga: Yes. If you would call a number of our hospitals here, you might find them calling patients and saying, Mr. Jones, you have a hernia; we have a semi-private bed; you are welcome to come if you want a semi-private bed. Mr. Jones might say yes because he has insurance, or he might say no because he does not and does not want to pay for it.

[Translation]

sous-financement dans ce domaine ne fait qu'induire en erreur et la véritable question est celle de l'utilisation de l'argent que nous avons, n'est-ce pas?

M. Manga: Exactement.

M. McCauley: Vous dites également que les programmes autres qu'hospitaliers permettent de réduire les frais de façon importante. Ainsi, au Nouveau-Brunswick, le coût par jour serait de 22\$ par rapport à 220\$ à l'hôpital et 50\$ dans les maisons de santé. Vous justifiez donc de cette façon le recours aux services de ce genre.

M. Manga: Certainement. Et je ne crois pas que l'on pourra raisonner comme nous l'avons fait, y compris M. Epp, sans imposer une certaine pression sur le système. Il est très facile de ne rien faire si l'on continue à injecter de l'argent dans le système. Il est très facile de continuer d'avoir les médecins que nous avons et le nombre de médecins que nous avons si nous continuons à injecter de l'argent dans le système. Il faut commencer quelque part, il faut exercer les pressions dont j'ai parlé pour obtenir les changements que nous voulons.

M. McCauley: D'accord.

Vous avez dit également qu'il faudrait fermer certaines écoles de médecine. Estimez-vous que nous avons trop de médecins au Canada?

M. Manga: Certainement. Je tiens aussi à rappeler non seulement aux membres du Comité mais également aux autres témoins que vous écouterez par la suite que déjà en 1969, on avait mis en garde le pays contre cette formation pléthorique de médecins. Cela nous montre bien comment nous pouvons ignorer certaines mises en garde pendant 14 ans. Ainsi donc, ce n'est pas dernièrement qu'on a commencé à dire que nous avons trop de médecins au Canada.

Or, avoir trop de médecins, cela signifie perpétuer un système très inefficace. Quand il existe trop de médecins, il est impossible d'avoir le genre de substitution dont je parlais plus tôt. En effet, il est certain que l'on va toujours s'occuper des médecins d'abord et des infirmières ensuite. Il devient donc très difficile de donner une nouvelle orientation au système, de le restructurer, quand on a trop de médecins. Que vont-ils faire, ces pauvres, conduire les ambulances?

M. McCauley: À la page 3 de votre mémoire, au numéro 6, vous dites ce qui suit:

Les hôpitaux ayant été encouragés récemment à réaliser leurs propres revenus, il se pourrait fort bien que l'admission soit dorénavant fonction de la capacité de payer ou d'une assurance-hospitalisation privée.

Pourriez-vous développer votre pensée?

M. Manga: Oui. Si vous étudiez la question, vous vous rendrez compte que certains hôpitaux disent à leurs patients qu'ils ont par exemple une chambre semi-privée et qu'ils peuvent venir se faire opérer d'une hernie s'ils veulent une chambre semi-privée. Le patient peut être d'accord quand il a

[Texte]

I am not telling you that the problem is a severe one. It is an incipient one, certainly.

What we have had in this province, under the Bond program, is encouragement to hospitals to generate a lot of revenue on their own. They can charge whatever they like, for instance; and you know that private and semi-private rates have gone up very much. It is also true that we are better covered by way of private and semi-private insurance than ever before, thanks to Blue Cross. That is run by the Ontario Hospital Association. So what you have in this province is the very suppliers of beds also selling you insurance.

But what about those who cannot buy insurance? We could come up with a system, especially on the waiting lists that people worry about, where your ability to get in for elective care will be dependent on whether you can pay for private or semi-private rates or buy insurance. And if you say it is not happening, I will bring you the cases.

I also have students who work in hospitals, former students of ours, who tell me this problem will grow, because in every hospital, unlike the past, where they did not care very much about how much money they generated from private and semi-private beds, you now have an officer of the hospital saying "I have to maximize revenue from it".

I must tell you that it is mainly for reasons of conscience that we have a lot of patients in private and semi-private beds who do not have to pay. If you are an emergency case you will get a bed. But with the kinds of fiscal pressures on hospitals, and with the incentives to generate more revenue, I think this is one problem we do not want to see. And it is very easy to avoid, in the way that I have talked about it here.

The Chairman: One final question, Mr. McCauley.

Mr. McCauley: You have defended user fees for chronic care patients. Is there any defence at all, in your opinion, for extra-billing?

Prof. Manga: None at all.

Mr. McCauley: Thank you.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

It is certainly interesting to have Professor Manga with us today. I always find it helpful if I know a little more what the credentials are of witnesses so I know what position they are coming from and their experiences. Although we have been provided with a briefing note on Professor Manga, it is far from being complete.

For instance, I note you have spent some time as adviser to the Minister of Health in Zimbabwe. I am of course interested to know how that experience might apply here to Canada.

[Traduction]

une assurance par exemple ou il peut refuser, s'il n'a pas d'assurance et qu'il ne veuille pas payer.

Je ne prétends pas que le problème soit grave, mais c'est un problème qui commence à se faire jour.

Ce qu'a fait le programme Bond pour cette province, c'est d'encourager les hôpitaux à réaliser leurs propres revenus. Les hôpitaux peuvent imposer les prix qu'ils veulent. Vous savez d'ailleurs que les prix pour les chambres privées et semi-privées ont augmenté considérablement. Il est vrai également que l'assurance privée et semi-privée est meilleure que jamais grâce à la Croix bleue. Or, la Croix bleue est administrée par l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Ce qui se passe donc dans cette province, c'est que les hôpitaux vendent également l'assurance-hospitalisation.

Que se passe-t-il alors dans le cas de ceux qui ne peuvent s'offrir l'assurance? On pourrait donc en arriver à un système où l'on mettrait les gens sur une liste d'attente—et l'on sait combien le public se préoccupe de ces fameuses listes d'attente—et où l'on pourrait entrer à l'hôpital pourvu que l'on puisse payer le prix de la chambre privée ou semi-privée ou que l'on puisse avoir de l'assurance. Je puis vous donner des exemples précis à l'appui de cette thèse.

Certains de nos étudiants qui travaillent dans les hôpitaux me disent que ce problème s'accentuera précisément à cause du fait que les hôpitaux veulent maintenant réaliser de plus en plus de revenus.

Ce n'est que pour des raisons de conscience que de nombreux patients hospitalisés d'urgence sont installés dans des chambres privées ou semi-privées pour lesquelles ils ne doivent pas payer. Cependant, étant donné les pressions fiscales exercées sur les hôpitaux, étant donné également que les hôpitaux veulent réaliser de plus en plus de revenus, c'est un problème qui pourrait se produire, et ce n'est certainement pas cela que nous voudrions voir se produire. Il serait de plus très facile d'éviter une telle situation.

Le président: Une dernière question, monsieur McCauley.

M. McCauley: Vous êtes en faveur du recours au ticket modérateur pour les malades chroniques. Estimez-vous que la surfacturation soit justifiable dans certains cas?

M. Manga: Pas du tout.

M. McCauley: Merci.

Le président: Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Il est intéressant d'avoir le professeur Manga ici aujourd'hui. Je trouve qu'il est toujours utile de connaître mieux les antécédents de nos témoins afin de savoir quelle a été leur expérience et d'où ils viennent. Nous avons eu quelques brèves notes concernant le professeur Manga, mais celles-ci ne sont pas complètes.

Ainsi, je remarque que vous avez été pendant un certain temps conseiller du ministre de la Santé du Zimbabwe. Je me demande comment vous pouvez utiliser cette expérience ici au

[Text]

Were the problems in Zimbabwe somewhat similar to the problems here in Canada? Perhaps just a brief word about that.

Prof. Manga: Of course they are not.

Mr. Halliday: Fine. That is all I wanted to know.

Prof. Manga: I just want to mention here, since you have raised it, my advice to the Government of Zimbabwe was not to go for a national health service, or national health insurance.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I note also that Professor Manga has been an adviser—at least he was Acting Director General of Health and Social Policy Director for Health and Welfare.

Did you have any involvement at that time in the early planning for what is now called the proposed Canada Health Act?

Prof. Manga: At that time, and with a fairly senior position, I did indeed, and nobody listened to me; and I left.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, has the professor been consulted in the last two or three years by officials of the department with the present bill, as that bill was developed?

Prof. Manga: Very marginally, yes.

I do want to add that if they had listened to me, I would not have presented my brief here.

Mr. Halliday: I am interested a little further in your own training. I am not too familiar with too many health economists. I am interested to know how many health economists there are in Canada today. I presume you have an association.

• 1045

Prof. Manga: Yes, we do have; we just formed something called the Canadian Health Economics Research Association—CHERA, for short. Very cheerful people. I think we number 200 or so, because we will have a number of non-economists in our association. As to the number of health economists, I could not tell you, but there are not very many of us.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the witness's educational background, is it an M.D., a Ph.D., or . . .

Prof. Manga: It is a Ph.D. in economics.

Mr. Halliday: In economics; and what university?

Prof. Manga: Toronto.

Mr. Halliday: And your undergraduate work was . . . ?

Prof. Manga: McMaster.

Mr. Halliday: You mentioned disposing of some medical schools in Ontario. I guess there are only five, and perhaps the most recent one is McMaster, and the second most recent one

[Translation]

Canada. Les problèmes au Zimbabwe étaient-ils quelque peu semblables aux problèmes que l'on rencontre ici au Canada?

M. Manga: Pas du tout.

M. Halliday: Bien. C'est tout ce que je voulais savoir.

M. Manga: Puisque vous avez soulevé cette question, je vous signale que les conseils que j'ai donnés au gouvernement du Zimbabwe ne visaient pas à établir un service national de santé ou une assurance-santé ou une assurance-maladie nationale.

M. Halliday: Monsieur le président, je remarque également que le professeur Manga a été conseiller . . . il a été directeur général suppléant de la santé et des programmes sociaux au ministère de la Santé et du Bien-être social.

Avez-vous participé à cette époque à la première ébauche de ce que nous appelons la Loi canadienne sur la santé?

M. Manga: Oui, étant donné le poste de direction que j'occupais à l'époque, mais personne ne m'a écouté et c'est la raison pour laquelle j'ai quitté ce poste.

M. Halliday: Monsieur le président, le professeur a-t-il été consulté au cours des deux ou trois dernières années par les hauts fonctionnaires du ministère en ce qui concerne l'élaboration du projet de loi que nous étudions actuellement?

M. Manga: De façon très marginale, oui.

Je dois ajouter que s'ils m'avaient écouté, je n'aurais certainement pas présenté mon mémoire aujourd'hui.

M. Halliday: Votre formation m'intéresse. Je ne connais pas beaucoup d'économistes en matière de santé. Combien y en a-t-il au Canada? Je suppose que vous avez une association.

M. Manga: Oui, nous en avons une, puisque nous venons juste de former l'Association canadienne de recherches économiques sur la santé, que nous appelons CHERA. Ils sont tous très enthousiastes. Je pense que nous sommes environ 200, étant donné qu'il y a également un certain nombre de non-économistes dans l'association. En ce qui concerne les économistes de la santé à proprement parler, je ne pourrais pas vous en donner le chiffre exact, mais nous ne sommes pas encore nombreux.

M. Halliday: Monsieur le président, quelles études le témoin a-t-il fait, s'agit-il d'un doctorat en médecine, ou d'un Ph.D . . .

M. Manga: J'ai un Ph.D. en économie.

M. Halliday: En économie, de quelle université?

M. Manga: Toronto.

M. Halliday: Et vos études du premier cycle, vous les avez faites . . . ?

M. Manga: À McMaster.

M. Halliday: Vous avez parlé de fermer certaines écoles de médecine de l'Ontario. Je pense qu'il n'y en a que cinq, la dernière en date étant celle de McMaster, précédée par celle

[Texte]

would probably be Ottawa University. Were those the ones you had in mind as . . .

Prof. Manga: No, I really had Queen's in mind.

Mr. Halliday: Oh, I see.

Prof. Manga: And it is not only because they use actors as patients.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, Professor Manga is very provocative, obviously, and we certainly are all being stimulated by him. His critique of the bill is interesting, too, because he has honed in on a few very technical areas which are important at some stage to consider.

I am interested that you absolutely feel it is not important to consider other issues in the health care field, and yet I do not think you challenge the title of the bill . . . the Canada Health Act. There is nothing that relates to health at all in your comments; you are dealing with very technical aspects of the bill.

Prof. Manga: You are quite right. I mean, I did not call it the Canada Health Act. It is a bit of a misnomer in that sense. It is like a lot of federal legislation, lots of them are misnomers.

Mr. Halliday: Thank you. I appreciate that.

On page 1 of your brief, I will just quote one sentence. Mr. McCauley asked you about extra-billing a minute ago; and you said in your brief:

Lack of health insurance coverage is, after all, a far more serious problem for a patient than having to face extra-billing or hospital user fees.

I do not have any trouble with that at all. I am wondering how you would relate to that idea the matter of waiting lists. I mean, whether you think they need to exist or not is not the point, they do exist. How does that relate to extra-billing in the patient's view? Do they want ready access to hospital care, or do they not? Which is more important for the patient? You say that having health insurance coverage is more important than extra-billing. What about having ready access to hospitals?

Prof. Manga: Well, I think we can have ready access to hospitals. I believe we have enough hospital beds per hundred thousand population if we would use them properly.

I would rather focus on this issue of how we use our resources. I do not think you have cases, perhaps a genuine one or two cases, where people who really needed emergency care were not admitted. That is my view, by the way. There were a few stories. When you pursue them and see what really happened you find a whole number of other explanations for them. But I am always insistent on using our resources properly, because in the long run, if you want a viable medicare system, that is what you are going to have to have—a health care delivery system that is well run, efficiently run.

[Traduction]

de l'Université d'Ottawa, je suppose. Celles auxquelles vous pensiez . . .

M. Manga: Je pensais en fait à Queen's.

M. Halliday: Je vois.

M. Manga: Et pas uniquement parce que leurs patients sont des comédiens.

M. Halliday: Monsieur le président, le professeur Manga ne manque pas de jouer de provocation, de toute évidence, et cela nous incite à débattre avec lui. Sa critique du projet de loi est également intéressante, en raison notamment des quelques points très techniques sur lesquels il s'attarde, et qu'il me semble important effectivement d'examiner.

Je m'intéresse notamment au fait que vous soyez absolument partisan de laisser de côté toute autre question concernant la santé, et que vous ne contestez pas le titre du projet de loi: Loi canadienne sur la santé. En effet, dans votre exposé, rien qui ait trait à la santé à proprement parler; vous vous limitez à un certain nombre de points très techniques du projet de loi.

M. Manga: Vous avez tout à fait raison. Toutefois, je n'en ai pas parlé comme de la Loi canadienne sur la santé. Je pense en effet que c'est une mauvaise dénomination, cela se produit très souvent dans la législation fédérale.

M. Halliday: Merci. Voilà une remarque qui m'intéresse.

A la page 1 de votre mémoire, il y a une phrase que je vais citer. M. McCauley, d'ailleurs, vient de vous poser une question sur la surfacturation; vous dites, vous-même:

L'absence de services de santé assurés est après tout un problème beaucoup plus sérieux pour un patient que l'imposition d'une surfacturation ou de frais hospitaliers modérateurs.

Cela ne me pose aucune difficulté de compréhension. J'aimerais tout de même savoir comment vous faites le lien avec la question des listes d'attente. Quoi que vous en pensiez, celles-ci existent. Mais comment faire le lien avec la notion de surfacturation, du point de vue du malade? Il s'agit de savoir s'il veut avoir rapidement accès aux services hospitaliers, ou non. Qu'est-ce qui est le plus important pour lui? D'après vous, il est plus important que l'on dispose d'une assurance-maladie, la question de la surfacturation est secondaire. Mais qu'en est-il de cette question de l'accès rapide aux services hospitaliers?

M. Manga: Eh bien, je pense que celui-ci est possible. Je crois en effet que nous avons suffisamment de lits dans nos hôpitaux, par rapport aux chiffres de la population, il suffirait de les utiliser correctement.

Je voudrais plutôt me concentrer sur la question de l'utilisation de nos ressources. Je ne pense pas qu'il y ait eu beaucoup de cas, peut-être un ou deux, où des malades qui avaient besoin d'être hospitalisés d'urgence n'ont pas pu l'être. Voilà ce que je pense de cette question. Il y a eu peut-être quelques cas dont on a parlé. À y regarder de plus près on, s'aperçoit qu'il y a un tas de raisons expliquant ce qui s'est passé. Mais j'insiste toujours sur la notion de l'utilisation intelligente de nos ressources, étant donné qu'à long terme, si vous voulez un système médico-hospitalier rentable, c'est précisément ce dont

[Text]

Mr. Halliday: Mr. Chairman, it is quite well known that in the Province of Quebec right now there are certain aspects of medical care, namely in the quality field, that are unavailable to patients unless they pay for it themselves; for instance, certain prosthetic appliances, let us say for a hip replacement and so on. How do you feel about that situation in the plan you would envision for this country? Should the patient have to pay for a special type of prosthetic appliance that he needs for his artificial hip, according to his own surgeon, or should that be delineated and ruled upon by the local authorities, whether they be in the province or in Ottawa?

Prof. Manga: That constitutes medically necessary care, and I do not think we should charge.

Mr. Halliday: So it should be made available by the provinces then?

Prof. Manga: Yes.

Mr. Halliday: You said there is no problem with underfunding in this country, and you talked about the alternative forms that could help to make this system more efficient. I quite agree with that, too. Do you not feel, though, that to introduce any of these changes it is going to cost more money, initially?

Prof. Manga: It may. It is also a question of how you do it. I think it is not impossible to keep the pressure on the system as is and try to squeeze out the resources from the existing system for the other purpose we are talking about, and that is a question of planning. But more than that, you have to get provincial ministers, provincial bureaucracies, who believe that that is what they have to do.

• 1050

That would require them to stand up to the kinds of pressures they have not been able to stand up to hitherto. And I am talking about doctors here.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the witness mentioned a little while ago a sort of challenge, and I rose to debate it at the time, as to whether there was a waiting list for discharges. Well, in my brief experience in a Toronto hospital, I am aware over a very short period of a year of at least two cases, in my own personal experience, where there were waiting lists in order to get out of a hospital to be transferred either to a home or to another hospital.

Prof. Manga: My question was a little more subtle than that. If you are talking about waiting lists for people to get in, you also talk about waiting lists of people to get out, let me see what the net looks like. Can you give me a number? Can you give me a number for Kingston and say, that figure is around 300?

Mr. Halliday: Three hundred of what?

Prof. Manga: If you take other people who could be put out of the hospital and . . . Okay!

[Translation]

vous aurez besoin—je veux dire un système qui soit géré efficacement, selon de bonnes méthodes.

M. Halliday: Monsieur le président, il est de notoriété publique que la province de Québec dispose de certains services, les services de pointe notamment, qui ne sont ouverts aux patients qu'à la condition qu'ils en assument eux-mêmes les frais; je pense notamment aux appareils de prothèse, disons une hanche artificielle par exemple. Qu'en pensez-vous, dans l'optique que vous envisagez pour l'ensemble du pays? Est-ce que le malade devrait avoir à payer pour certains appareils de prothèse spéciaux dont il a besoin, suivant le conseil de son propre chirurgien, ou devrait-on laisser cela à la décision des autorités locales, des autorités provinciales ou de celles d'Ottawa?

M. Manga: Puisqu'il y a là une nécessité médicale, je ne pense pas que nous devrions imposer quelques frais que ce soit.

M. Halliday: Vous pensez donc que les provinces devraient s'en charger?

M. Manga: Oui.

M. Halliday: D'après vous le problème dans ce pays n'est pas un problème de financement insuffisant, et vous avez évoqué un certain nombre de solutions de rechange qui permettraient à notre système d'être plus efficace. Je suis tout à fait d'accord avec cela, moi aussi. N'avez-vous pas l'impression, cependant, que toute refonte du système commencera par coûter?

M. Manga: Peut-être. Tout dépend aussi de la façon dont vous procédez. Je ne pense pas qu'il soit impossible de maintenir le système tel quel sous une certaine pression et d'en retirer les ressources nécessaires à notre objectif, c'est une question de planification. Mais surtout, vous devrez trouver les ministres provinciaux, les hauts fonctionnaires des provinces, acquis à l'idée que c'est ce qu'il faut faire.

Cela leur demanderait donc de résister à des pressions auxquelles ils n'ont pas su faire face jusqu'ici. Je pense notamment aux médecins.

M. Halliday: Monsieur le président, le témoin a évoqué, il y a un instant, une question assez contestée, et j'ai moi-même levé la main pour intervenir, c'est celle des listes d'attente pour sortir des hôpitaux. Lors de mon passage assez rapide à l'hôpital de Toronto, je me souviens au moins de deux cas, sur une période de temps assez courte, où il y avait des listes d'attente pour sortir de l'hôpital et être transféré, soit dans un foyer, soit dans un autre hôpital.

M. Manga: La question que j'évoquais était un peu plus subtile que cela. Si vous parlez de listes d'attente pour se faire admettre, vous parlez aussi de listes d'attente pour sortir, qu'est-ce que cela fait au total? Pouvez-vous me citer un chiffre? Êtes-vous capable de me dire que pour Kingston cela fait 300?

M. Halliday: 300 quoi?

M. Manga: Si vous ajoutez les personnes qui pourraient très bien quitter l'hôpital et . . . Très bien!

[Texte]

Mr. Halliday: I see your point. It is a very good point.

Prof. Manga: Indeed it is a good point and that is why we . . . All these good points have been talked about for more than a decade, we just do not do anything about it.

Mr. Halliday: I am just referring in my question, of course, to the fact that there are instances where people are kept in hospital because it is inconvenient or ambulances do not want to take somebody that day when they could if they wanted to, to another institution or to their home. That suits the hospital fine because they are getting their full per diem rate and at no cost to them, virtually. You mentioned this a little while ago yourself.

Prof. Manga: Exactly, and I think if I were an administrator I am sure I could run any hospital in the black; I would just keep healthier patients in my hospital.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, our witness began his presentation, as do most of our witnesses and I think the minister does and many people do, by saying first of all, and I am paraphrasing you, that we have a degree of equity in Canada in our system which is unsurpassed in very few countries in the world. Secondly, you said that we have close to a one-tier system in this country, which is the aim of the Minister. I am asking this question then. Why are we so intent on making a lot of changes? What is the problem that we are trying to address if we are so close to perfection now, probably as close as any country in the world? What are we trying to change that does not need to be changed?

Prof. Manga: We are trying to make sure that we stay where we are and not erode the system. When I say we have a higher degree of equity of access what I am saying is that we in this country have succeeded in making sure that the patients ability to get medical and hospital care is dependent only on his or her needs. And we are there. It does not depend on her income or his income; it does not depend on price and so forth. And in this sense we are markedly successful, in contrast to most other countries, including the U.K., I might add here. When I talk about a one-care system surely we are not there in the perfect sense of the term.

I know, for instance, and most of you people can get better doctors than I can, not just because I am a health economist I might add. So we do not have equal quality of care and so forth, but approximately so. We do not have the class structure the U.K. has to worry about, and we certainly do not get the very many levels of care that one sees in the United States or France, for that matter. So in that sense, you know, my statements are fairly accurate, and these are objectives which not only the Minister has, by the way, and I think there you are a bit unfair, it is most of us. I believe that this is what we should have.

The Chairman: The final question.

[Traduction]

M. Halliday: Je vois ce que vous voulez dire. C'est un point intéressant.

M. Manga: En effet, et voilà pourquoi . . . Voilà plus de 10 ans que l'on évoque ces questions, sans que rien soit fait à ce sujet.

M. Halliday: Dans ma question, je voulais faire allusion au fait que certaines personnes, dans certains cas, sont gardées à l'hôpital, tout simplement parce que c'est plus pratique, ou que les ambulances ne veulent pas les transporter—alors que cela serait tout à fait possible—dans une autre institution, ou chez elles. Cela convient parfaitement à l'hôpital puisqu'il continue à toucher son indemnité quotidienne, sans que cela lui coûte quoi que ce soit pour ainsi dire. Vous en avez, vous-même, parlé tout à l'heure.

M. Manga: Exactement, et je pense que si j'étais moi-même administrateur, je saurais toujours comment m'en tirer avec un bénéfice; il suffit de garder des patients en bonne santé à l'hôpital.

M. Halliday: Monsieur le président, notre témoin, comme la plupart d'entre eux et comme le ministre lui-même, a commencé son exposé en nous disant, je vous paraphrase, que notre système au Canada garantit une certaine justice, et très peu de pays ont réussi à faire mieux jusqu'ici. Deuxièmement, vous dites que nous sommes proches d'un système à un seul volet, ce qui est précisément l'objectif du ministre. Alors, je demande pourquoi nous voulons tant modifier ce système, et quel est notre problème, puisque nous sommes en principe proches de la perfection, en tous cas aussi proches que n'importe quel autre pays au monde? Quels sont donc ces changements dont en principe nous n'aurions pas besoin?

M. Manga: Nous voulons nous assurer que notre système ne se dégrade pas. Lorsque je dis que nous disposons de plus de justice en matière de droit à la santé, je dis que nous avons réussi à garantir au patient des soins médicaux et hospitaliers, selon ses besoins, et ses besoins seuls. Voilà où nous en sommes. C'est-à-dire que tout cela ne dépend absolument pas de son revenu, et la question des frais n'intervient pas. Dans ce sens, nous avons obtenu des résultats excellents, par opposition à la plupart des autres pays, y compris le Royaume-Uni, je tiens à le préciser. Lorsque je dis qu'il n'y a qu'une seule catégorie de patients, il est certain que nous n'y sommes pas encore de façon absolue.

Je sais, par exemple, que la plupart d'entre vous peuvent trouver de meilleurs médecins que moi-même, et je ne le sais pas uniquement parce que je suis un économiste de la santé. Donc il n'y a pas véritablement égalité d'accès aux soins médicaux, mais nous y sommes presque. Nous n'avons pas, comme au Royaume-Uni, cette structure de classe, et nous n'avons pas non plus, comme aux États-Unis ou en France, cet étagement des soins de santé. Donc, dans ce sens, mes déclarations sont assez justes, et il y a un certain nombre d'objectifs vers lesquels nous tendons, la plupart d'entre nous, et non pas seulement le ministre comme vous le disiez, je crois que là, vous êtes un petit peu injuste. Voilà donc ce qui devrait être.

Le président: Dernière question.

[Text]

Mr. Halliday: Thank you. Mr. Chairman, there are many countries in the western world, western Europe particularly, that are way ahead of us in terms of time with their involvement in health care systems; further ahead than we are, and it is interesting to note that all, with perhaps one exception of Denmark, but nearly all of them are now moving towards greater and greater private involvement in order to get the necessary funding for the system. It is interesting.

What, in your view as an economist, are we going to be able to do in this country that they failed to do in those countries? Why are we not going to have to go the same route that they have gone? They have tried going the route that we are moving into now; it has failed and they are moving into more private funding into the system. How are we going to avoid that?

Prof. Manga: I think we want to avoid it. I do not think we want to privatize. At least when we are talking about medically necessary services for hospital and physician care, okay, we want the access we want. And if you say most other countries are not going in that direction, all the better for us. Canada and Australia may look like the only two countries that are going to stick with the egalitarianism that underpins our system, and I see nothing wrong with that especially if it is affordable.

I might add here that France and Germany have to pay a whole lot more for their health care services than we do. Privatization is not going to contain costs, in any case, it just shoves the costs from the public to the private sector. Well . . . let us not follow them; maybe they will follow us in time to come.

• 1055

The Chairman: Thank you.

Before going to Mrs. Thérèse Killens on the first round, I think perhaps we might go on until about 11.15 or 11.40 a.m., since the chairman was late this morning. I would also, at that time, like to discuss and get your approval of the first two reports of the steering committee—which, hopefully, might not take too much time—if possible, after that, if you could stick around for a quorum until about then. I will go to Thérèse Killens and then I will go to Jake Epp, in the second round. Thérèse.

Mrs. Killens: *Merci, monsieur le président.*

Dr. Manga, your approach is very realistic and I feel that I am being educated this morning. I would like to focus on your comments on page 4 of your brief relating to Clause 19. You are telling us that:

The draft regulations were obviously hastily written.

First, you say that we have an "unclear statement of principle" and, secondly, that the:

[Translation]

M. Halliday: *Merci. Monsieur le président, de nombreux pays du monde occidental, et notamment d'Europe occidentale, qui ont beaucoup d'avance sur nous en matière de systèmes médico-hospitaliers, cherchent—à l'exception du Danemark peut-être—presque tous à s'orienter vers une contribution plus importante du patient, afin de pouvoir continuer à financer leur système. Voilà qui est intéressant.*

Qu'est-ce que nous allons donc réussir à faire, que ces autres pays n'ont pas pu? Je vous demande votre avis d'économiste. Ne pensez-vous pas que nous allons, nous aussi, devoir suivre ce même chemin qu'ils empruntent déjà? Ils ont eux aussi cherché à faire ce que nous voulons faire maintenant, et après avoir échoué, ils s'orientent maintenant vers un financement de plus en plus privé du système. Est-il possible que nous puissions éviter cela?

M. Manga: Je pense que c'est ce que nous voulons éviter. Je ne pense pas que nous voulions passer à une privatisation totale. Du moins lorsqu'il est question de services indispensables d'hôpital et de médecin, dont nous voulons garder l'accès ouvert à tous. Si vous dites donc que la plupart de ces autres pays s'orientent différemment, tant mieux pour nous. Ainsi, le Canada et l'Australie resteront les deux seuls pays fidèles à la notion d'égalitarisme inhérent à l'ensemble de notre système, et je ne vois rien de mal à cela, surtout si nous pouvons nous l'offrir.

Je peux peut-être ajouter que la France et l'Allemagne dépensent beaucoup plus que nous pour leur système médico-hospitalier. De toute façon, la privatisation ne va pas freiner les coûts, mais simplement les faire passer du secteur public au secteur privé. Eh bien . . . ne suivons pas leur exemple; peut-être qu'à l'avenir, ce sera eux qui suivront notre exemple.

Le président: *Merci.*

Avant de passer la parole à M^{me} Thérèse Killens, j'aimerais souligner que nous pouvons peut-être continuer jusqu'à 11h15 ou 11h40, puisque le président était en retard ce matin. J'aimerais également, à ce moment-là, discuter avec vous et vous faire approuver les deux premiers rapports du comité directeur—ce qui ne prendra pas trop de temps, du moins je l'espère—si possible, et ensuite, nous pourrions peut-être attendre ici qu'il y ait quorum. Je vais maintenant passer la parole à Thérèse Killens et ensuite au deuxième tour, à Jake Epp. Thérèse.

Mme Killens: *Thank you, Mr. Chairman.*

Docteur Manga, vous faites preuve d'une approche très réaliste et j'ai vraiment l'impression d'avoir appris quelque chose ce matin. J'aimerais m'arrêter à vos remarques à la page 4 de votre mémoire au sujet de l'article 19. Vous nous dites que:

Le projet de loi a de toute évidence été rédigé à la hâte.

Vous nous dites tout d'abord que *l'énoncé de principe n'est pas tout à fait précis* et que deuxièmement:

[Texte]

more serious problem has to do with defining a patient who does not "need" "acute, rehabilitative and chronic care"

So, because we all agree that we are going to be facing an aging population, there will be more of us and, because women live longer, there will be more women in need of that.

With that approach, it becomes very imperative and very important that these two points should be clarified, for us to be sure that we are improving the system with this Bill. I, for one, am sure that the committee is very open to improving the Bill and I think I, for one, would appreciate further elaboration of your thinking on how the statement of principle could be improved, as well as the definitions of "acute" and "chronic". If you do not wish to do it right away this morning, I think the committee would appreciate receiving it later on, if you want to elaborate even further so that we can count on your wisdom.

Prof. Manga: I certainly will write on this and submit something on this issue later on. It is very difficult to lay it all out before you right now.

One of the things I think I would advise would be that officials of the Department of National Health and Welfare talk to some of the provinces right away on this matter; because ultimately it is the provinces that have to live with this Bill, they will have to enforce it. They have to have a good understanding of what is and what is not allowable under the Bill or, for that matter, the regulations. Perhaps a process, a federal-provincial process at the bureaucratic level, trying to resolve the wording, the expressions, the definitions, the meaning of it, would be very useful. It is certainly something you cannot avoid, in any case. I would rather see this exercise go on right away, instead of waiting for this committee to finish, for one thing.

Mrs. Killens: May I ask you if it is the doctor who decides if a case is chronic and if the decisions across Canada uniform are at this point?

Prof. Manga: No, what I was suggesting was that, if the regulations stay the way they are, the role of the doctor is going to be very important in saying that such a patient, no matter where he is sleeping or which bed he occupies, indeed no longer requires medical services. Let me give it to you by way of a concrete example. Supposing we have a patient in an acute care bed; in the Civic, you could go today and find people who ostensibly do not need any medical services but are occupying acute care beds. I should have mentioned that in connection with waiting lists, incidentally, but there it is.

Mr. Blaikie: It is okay, I did.

Prof. Manga: Okay. You often find the Civic Hospital calling Toronto and saying: Can I charge this patient? The answer from Toronto is usually: No, you cannot; if he or she is occupying an acute care bed, that is not allowed by our legislation. They define what you can charge in terms of the

[Traduction]

le deuxième problème, plus grave, tient à la définition du patient qui n'a pas besoin de soins intensifs, thérapeutiques ou chroniques

Nous reconnaissons tous que nous aurons une population vieillissante, que nous serons plus nombreux, et que parce que les femmes vivent plus longtemps, il y aura un plus grand nombre de femmes qui auront besoin de ces soins.

Dans cette approche, il est impératif de préciser ces deux points, afin de nous assurer que nous améliorons le régime en adoptant le présent projet de loi. Pour ma part, je suis persuadée que les membres du Comité sont tout à fait disposés à améliorer le projet de loi, et pour ma part, je vous serais très reconnaissante d'expliquer plus en détail votre pensée sur la façon d'améliorer l'énoncé de principe ainsi que les définitions de *intensifs* et *chroniques*. Si vous ne souhaitez pas le faire immédiatement ce matin, je crois que le Comité serait heureux de recevoir le fruit de vos réflexions, plus tard, si vous voulez élaborer un peu plus.

M. Manga: Je vais certainement rédiger quelque chose à ce sujet et vous le faire parvenir plus tard. Il est extrêmement difficile de vous présenter tout cela maintenant.

Néanmoins, je pense que les fonctionnaires du ministère de la Santé et du Bien-être social devraient rencontrer les fonctionnaires de certaines provinces immédiatement pour discuter de cette question: en effet et, en dernière analyse, ce sont les provinces qui devront s'accommoder de ce projet de loi, qui devront l'appliquer. Elles doivent donc bien comprendre ce qui est et ce qui n'est pas admissible sous le régime du projet de loi, et aussi de ses règlements d'application. Il serait peut-être des plus utiles d'entreprendre un dialogue fédéral-provincial au niveau administratif afin de tenter de s'entendre sur le libellé, les expressions, les définitions, et le sens. De toute manière, c'est quelque chose que Vous ne sauriez éviter. Je préférerais donc que cela se fasse immédiatement, plutôt que d'attendre que ce Comité ait terminé ses travaux.

Mme Killens: Puis-je vous demander si à l'heure actuelle, c'est le médecin qui décide si un patient a besoin de soins chroniques et si les décisions à ce sujet sont uniformes à travers le Canada?

M. Manga: Non, ce que je voulais dire, c'est que si les règlements demeurent tels quels, le médecin va jouer un rôle très important puisqu'il va dire que tel ou tel patient, quel que soit le lit qu'il occupe, n'a plus besoin de soins médicaux. Permettez-moi de vous donner un exemple concret. Supposons que nous ayons un patient qui occupe un lit de soins «actifs»; à l'hôpital Civic, vous pourriez aujourd'hui même, trouver des patients qui manifestement en n'ont pas besoin de soins médicaux mais qui se trouvent dans des lits de soins actifs. Dans ce contexte, j'aurais dû mentionner cette question lorsqu'on parlait des listes d'attente, mais voilà.

M. Blaikie: Ça ne fait rien, je l'ai fait.

M. Manga: Très bien. Souvent, l'hôpital Civic téléphone à Toronto et dit: puis-je facturer ce patient? En général, Toronto répond: non, vous ne le pouvez pas; si le patient occupe un lit de soins actifs, la loi ne le permet pas. Le montant à facturer est défini en fonction du lit que vous occupez. C'est ainsi que

[Text]

bed you have. Yes, it does, that is the way it works. I am saying what Health and Welfare is trying to do here is a much more reasonable thing. You define the kind of patient, not the bed you lie in.

• 1100

I sympathize with what is being attempted here. I am only saying, if you go with what you have, there will be a number of very angry provinces. Even if you reassure, say, Quebec, and say what they are doing is all right, you might do it for two years and then, three years later, say it is not all right. Maybe it is a new government; maybe it is the same one with a new Minister. Who knows? But you have to get the Bill done properly. You cannot have an understanding, as it were, and hope this will carry on in perpetuity. You must have the Bill straight. You must have the regulations that are acceptable. If you want to have those things ironed out now, this is the time to begin talking with the provinces on it.

The Chairman: One more question.

Mrs. Killens: Oh dear! On page 2 of your brief—it will not be very long, Mr. Chairman—you speak of the process of consultation.

Prof. Manga: Yes.

Mrs. Killens: It appears to give the federal Minister of Health and the federal Cabinet too much discretion.

Prof. Manga: Yes.

Mrs. Killens: Again, because I do not have much time, I do not have to elaborate. But I am worried about that because I am from Quebec, and as you know, we are very ticklish about the jurisdiction.

Prof. Manga: Yes.

Mrs. Killens: Therefore, the process of conciliation becomes very important. I wonder, again, if you would be prepared to elaborate on this question also at a further time and send it to us in writing.

Prof. Manga: Okay. I always worry about discretionary powers at any government level. If you are talking about discretionary powers of the kind you have in the Bill, the way you apply it will depend on who is in government, how close you are to a federal election, who is the Minister, which level of government you are dealing with—meaning which specific province you are going to deal with—how close they are to an election, etc.

Okay. Maybe you do not want to go out to Alberta, because they are going to have their election soon and you would look like you are interfering and this sort of thing. Because of these, and in fact, many other reasons you can well imagine, I suspect what it means is that discretionary penalties are very hard to impose.

[Translation]

cela fonctionne. J'estime donc que ce que le ministère de la Santé et du Bien-Être social tente de faire avec ce projet de loi est beaucoup plus raisonnable. Il faut définir le genre de patient et non pas le lit.

Je comprends ce que l'on tente de faire ici. Je dis seulement que si vous l'adoptez tel quel, il y aura plusieurs provinces qui ne seront pas du tout contentes. Même si vous rassurez disons le Québec, et que vous dites, ce que vous faites, c'est parfait, deux ans pourraient s'écouler, et ensuite, trois ans plus tard vous dites que cela ne va plus. Peut-être y a-t-il un nouveau gouvernement; peut-être est-ce le même gouvernement mais un nouveau ministre. Qui sait? Il faut donc que le projet de loi soit bien rédigé. Vous ne pouvez pas obtenir un assentiment et espérer qu'il se poursuivra éternellement. Il faut que le projet de loi soit clair. Il faut des règlements qui soient acceptables. Si vous voulez tirer les choses au clair maintenant, il faut commencer à en discuter avec les provinces.

Le président: Encore une question.

Mme Killens: Mon Dieu! À la page 2 de votre mémoire—ce ne sera pas très long, monsieur le président—vous parlez de consultation.

M. Manga: Oui.

Mme Killens: Vous dites qu'il semble que le projet de loi accorde trop de pouvoirs discrétionnaires au ministre fédéral de la Santé et au Cabinet fédéral.

M. Manga: Oui.

Mme Killens: Je n'ai pas beaucoup de temps, je ne peux entrer dans les détails. Toutefois, cela me préoccupe car je suis du Québec et comme vous le savez, nous sommes très chatouilleux sur la question du conflit de compétences.

M. Manga: Oui.

Mme Killens: Par conséquent, la conciliation devient très importante. Je me demande si ici encore, vous seriez disposé à développer cette question, et à nous envoyer vos réflexions par écrit.

M. Manga: Très bien. Je me préoccupe toujours des pouvoirs discrétionnaires, quel que soit le palier gouvernemental. Lorsqu'il s'agit de pouvoirs discrétionnaires tels que ceux envisagés dans le projet de loi, leur exercice dépendra de la question de savoir qui est au gouvernement, quand aura lieu une élection fédérale, qui est le ministre, avec quel palier gouvernemental vous faites affaire—c'est-à-dire avec quelle province précise vous faites affaire—et si une élection est imminente dans cette province, etc..

Très bien. Peut-être ne voulez-vous pas aller en Alberta, parce qu'il va s'y tenir des élections bientôt et vous auriez l'air de vous immiscer dans ses affaires, ce genre de choses. Pour ces raisons donc, et en fait pour de nombreuses autres, que vous pouvez fort bien imaginer, j'ai l'impression que cela signifie qu'il sera extrêmement difficile d'imposer des sanctions discrétionnaires.

[Texte]

Let me tell you that we have discretionary penalties right now under EPF. They have never been enforced. You might say that is because they are very high and that is why we did not impose them. I submit to you that even if they were lower you would never impose them, but that is my speculation versus that of others. If we can avoid discretionary penalties, I would rather go that way, and I think we can.

Mrs. Killens: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Breau had a brief supplementary.

Mr. Breau: I have a short supplementary on the question of chronic care, which I think is relevant now.

I do not understand the problem you are trying to tell us about, this definition in the regulations you talk about. My understanding is that what we are trying to do is not to accommodate Quebec; but rather, Quebec feels it would be aggrieved by this, because we are saying the decision as to who is a chronic care patient or not would be the doctors' decision, really, who are saying medical necessity.

Prof. Manga: That is fine.

Mr. Breau: Okay. So my understanding is that that is what the Minister has said the regulations would say . . .

Prof. Manga: Yes.

Mr. Breau: —and Quebec does not like that.

Prof. Manga: Yes. But in the parlance of the profession and the way it is done in hospitals, there are gradations of chronic care. There is a point where you cross the boundary and now you cannot charge, and there is a point where you are not over the boundary and you can. I am saying that boundary is really the issue here, and while you can leave it to the doctors, even the doctors would need some guidance on this.

Mr. Breau: Yes. If I had the choice, I would say, if the person still has to pay for his home or whatever, if the person is waiting to go into a chronic care home and it is because of a sudden illness or an accident or something, it seems to me not socially right to insist that person should pay . . .

Prof. Manga: Fair enough.

Mr. Breau: —from the point of view of equity. Now, if the person does not have to pay room and board, does not have to pay for an apartment or a house or whatever, then the person, in a sense, from his or her own economic situation, is a guest of the hospital and probably should pay. But it seems to me the right compromise is to leave it to the medical profession to determine what would be chronic care and what would be . . .

• 1105

Prof. Manga: I can live with that. Except, if I were a doctor, I would like a little more clarity on this matter, especially if I were a salaried doctor working for the province.

[Traduction]

Permettez-moi de vous dire qu'il existe déjà des sanctions discrétionnaires pour ce qui est du financement des programmes établis. On ne les a jamais appliquées. On pourrait dire que c'est parce que ces sanctions sont trop sévères. Toutefois, j'estime que même si elles étaient moins sévères, elles ne seraient jamais imposées, mais enfin c'est là mon opinion et non pas celle de tout le monde. S'il est possible d'éviter des sanctions discrétionnaires, c'est ce que je préférerais et je crois que c'est possible.

Mme Killens: Merci, monsieur le président.

Le président: M. Breau a une brève question supplémentaire.

M. Breau: J'ai une brève question supplémentaire au sujet des soins chroniques qu'il convient, je crois, de poser maintenant.

Je ne comprends pas le problème dont vous nous parlez, la question de la définition dans les règlements. Si je comprends bien, nous tentons de ne pas accommoder le Québec; par ailleurs, le Québec s'estime lésé parce que nous disons ici que c'est aux médecins qu'il revient de décider qui est ou n'est pas un patient de soins chroniques, que ce sont les médecins en réalité qui trancheront la question de la nécessité médicale.

M. Manga: C'est parfait.

M. Breau: Très bien. À ma connaissance, c'est ce que d'après le ministre, l'on trouverait dans les règlements . . .

M. Manga: Oui.

M. Breau: . . . et le Québec n'aime pas cela.

M. Manga: Oui. Toutefois, en jargon professionnel, et en fait dans les hôpitaux, les soins chroniques sont gradués. Il y a une limite au-delà de laquelle vous ne pouvez faire payer. Or ce dont il est vraiment question ici à mon avis, c'est cette limite, et bien que vous puissiez laisser aux médecins le soin d'en décider, même les médecins auront besoin de certaines directives.

M. Breau: Oui. Si j'avais le choix, je dirais que si quelqu'un doit payer pour sa maison ou autre chose, si cette personne attend pour entrer dans un foyer de soins chroniques et ce à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident, il me semble que sur le plan social, il ne convient pas d'insister pour que cette personne paie . . .

M. Manga: En effet.

M. Breau: . . . du point de vue de ce qui est juste. Par contre, si cette personne n'a pas à payer chambre et pension, n'a pas à payer un appartement ou une maison ou autre chose, alors d'une certaine façon, du point de vue de sa propre situation économique, cette personne est un invité de l'hôpital et devrait probablement payer. Néanmoins il me semble qu'il convient de laisser à la profession médicale le soin de déterminer ce qui constitue des soins chroniques et ce qui . . .

M. Manga: Je pourrais m'en accommoder. Sauf que si j'étais médecin, je voudrais un peu plus de précision, surtout si j'étais médecin salarié au service de la province.

[Text]

Mr. Breau: But do you not think the doctor normally would go and it would give the benefit of the doubt to the patient?

Prof. Manga: Not necessarily. If I were a salaried doctor, working for a hospital—in other words, the province—I am not sure how my judgment would be affected. I would like to have greater clarity in this regulation. That is all I am saying.

Mr. Breau: But my hunch is that . . .

The Chairman: Mr. Breau, if you want a second round, I will get back to you on the second round.

Mr. Breau: All right.

The Chairman: This is just as a precedence for future hearings. I think it is probably fair to all the committee.

Mr. Foster had a couple of questions before we go to the second round. Dr. Foster.

Mr. Foster: I wanted to ask Mr. Manga concerning the . . . he mentioned the Australian system. It is my understanding that their system was very similar to ours at one stage, but then they allowed extra billing and user fees and gradually the thing got watered down so it really lacked a lot of the principles of a national medicare system. First of all, are you familiar with the system? And if you are, do you see the kinds of difficulties they have experienced in the watering down of a national comprehensive program, that this bill will prevent that from happening in Canada?

Prof. Manga: Yes, I think this bill will. In fact, that is the intent of the bill.

Mr. Foster: Yes.

Prof. Manga: It is not to allow that to happen. This is what we mean by preserving universal medicare.

Mr. Foster: Can you describe briefly what happened there with the Australian system?

Prof. Manga: I cannot say I am that well informed that I can give you the details. Yes, we allowed private systems, we allowed charges of various kinds. In fact, many more than we have here. Or for that matter, many more than we have entertained here. There indeed was not so much a watering down as a dissolution of what was called their medicare. With the new government, of course, there is now the counter-trend. Now there is a corrective phase, as it were, to have medicare. But it is not quite the medicare we have. I must say I am not privy to all the details here, but the current government is very anxious to put a halt to the disintegration and dissolution I was referring to earlier. There is a trend, or one can talk about a trend, to reinstate something like a public system.

Mr. Foster: Are you just not familiar enough with the details?

Prof. Manga: Not in detail, no.

[Translation]

M. Breau: Toutefois, ne croyez-vous pas que normalement le médecin accorderait le bénéfice du doute au patient?

M. Manga: Pas nécessairement. Si j'étais médecin salarié, au service d'un hôpital—en d'autres termes, de la province—je ne sais pas jusqu'à quel point mon jugement s'en trouverait influencé. J'aimerais que ce règlement donne plus de précision. C'est tout ce que je dis.

M. Breau: Mais j'ai l'impression que . . .

Le président: Monsieur Breau, si vous voulez un deuxième tour, je vous redonnerai la parole au deuxième tour.

M. Breau: Très bien.

Le président: C'est simplement à titre de précédent pour l'avenir. Je crois que c'est probablement la façon juste de procéder à l'égard de tous.

M. Foster a quelques questions avant que nous ne passions au deuxième tour. Monsieur Foster.

M. Foster: J'aimerais poser une question à M. Manga au sujet de . . . Il a mentionné le régime australien. Je me suis laissé dire que ce régime ressemblait beaucoup au nôtre, à une certaine époque, mais qu'ensuite, on avait permis la surfacturation, les frais modérateurs et petit à petit, ce régime s'était trouvé si dilué qu'en fait il lui manquait nombre des principes d'un régime national de soins de santé. Tout d'abord j'aimerais savoir si vous connaissez ce régime? Dans l'affirmative, pensez-vous que ce projet de loi empêchera que ne se produise au Canada le genre de difficultés qu'on a connues là-bas à la suite de l'édulcoration du programme national intégré?

M. Manga: Oui, je crois que ce projet de loi réussira à le faire. En fait, c'est là l'intention du projet de loi.

M. Foster: Oui.

M. Manga: On ne veut justement pas que cela se produise. Et c'est ce que nous entendons faire en préservant l'universalité des soins de santé.

M. Foster: Pouvez-vous nous décrire brièvement ce qui est arrivé là-bas au régime australien?

M. Manga: Je ne peux pas dire que je sois si bien informé que je peux vous donner les détails. Oui, on a permis des régimes privés et on a permis des frais de diverses sortes. En fait, beaucoup plus qu'ici. Or je dirais même, beaucoup plus que nous ne songeons à envisager ici. En fait, il ne s'agissait pas tellement de l'édulcoration mais bien de la dissolution de ce que l'on appelait leur régime de santé. Maintenant, le nouveau gouvernement fait marche arrière. On entreprend une phase corrective pour revenir au programme de soins de santé. Toutefois, ce n'est pas tout à fait le même régime que chez nous. Je dois reconnaître que je ne connais pas tous les détails, mais le gouvernement actuel tient énormément à freiner la désintégration et la dissolution dont je parlais plus tôt. On peut parler d'une tendance à rétablir quelque chose qui ressemble à un régime public.

M. Foster: Vous ne connaissez pas si bien les détails?

M. Manga: Pas les détails, non.

[Texte]

Mr. Foster: Thank you.**The Chairman:** Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. Professor, I would like to take your seventh point in which you talk about Clause 19. Mr. Breau really was on the same topic, the whole question of chronic care. I would like to get your thinking on it, because when we look at chronic care, there obviously are different gradations, not only province to province, but also within a province. And so it just does not cut cleanly in terms of: What is chronic care? We can get all the way from statistics we have seen, from 30% and 40% of hospital beds in ACs that for all intents and purposes are chronic care, the exception being that it is an acute care hospital. First of all, for our own purpose of discussion, where a person has been panelled, where a person is in a chronic care facility . . . and I know that is generalizing, but for our purpose we have to do it that way—do you have any difficulties with user fees in those cases?

Prof. Manga: I have no difficulty with user fees for patients who do not need medically necessary services. And I throw back the question to you. Do you?

Mr. Epp: Well, I wanted to get to that point, because while that is in theory, a financier, in practice it does not apply in many cases. And I want to give you examples. I guess all of us come with certain experiences, and mine are maybe more limited than others. But during the time that I served on a hospital board, at least for a rural area, we tried to accommodate, not only an acute care hospital, but we also, at the time, built a personal care home on the same grounds, with the theory being that it would be a chronic care home, which it is today. Theoretically, we hoped there would be a configuration from light to heavy—and you know what happens—it all becomes heavy before too many months pass. Why? Because of medical need. So, although it is a chronic care home—we could put it that way because of its attachment to an AC—obviously when that person needs medical care, unless it is used for our own arguments, it might be 20% of medical care against the person just next door in an acute care hospital who is needing 100%. Let us just use it for our argument's sake. So, it does not cut cleanly that the person does not need any medical care. That is the point I am trying to make. I may be too convoluted about it.

So, although I think that is a better configuration and efficiency in use of health care dollars, my problem with this theory is that at a certain stage a person who, let us say, is aged and has no other costs, is not able to be in his or her home for medical reasons if no other reason. The person, let us say, is on old age pension, GIS, whatever the safety nets are. Do you have any philosophical problem that in that kind of a

[Traduction]

M. Foster: Merci.**Le président:** Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Monsieur le professeur, j'aimerais revenir sur votre point sept au sujet de l'article 19. M. Breau parlait en fait du même sujet, toute la question des soins chroniques. J'aimerais savoir ce que vous pensez à ce sujet, car lorsque nous examinons les soins chroniques, il y a manifestement divers niveaux, non seulement d'une province à l'autre, mais aussi au sein d'une province. Il ne s'agit donc pas seulement de savoir ce qui constitue des soins chroniques? Nous pouvons partir des statistiques que nous avons vues, à savoir que 30 p. 100 et 40 p. 100 des lits d'hôpitaux pour soins actifs sont réservés aux soins chroniques, sauf bien sûr qu'il s'agit d'un hôpital de soins actifs. Tout d'abord, aux fins de notre discussion, lorsqu'une personne a été admise, lorsqu'une personne se trouve dans une installation de soins chroniques—et je sais que c'est une généralisation, mais pour nos fins, il nous faut procéder ainsi—avez-vous du mal à accepter les frais modérateurs dans de tels cas?

M. Manga: Je n'ai aucun mal à accepter les frais modérateurs dans le cas de patients qui n'ont pas besoin de soins médicaux. Je vous renvoie donc la question. Et vous?

M. Epp: Je voulais en venir à ce point, parce que bien qu'en théorie ce soit là un mode de financement, en pratique, cela ne s'applique pas dans de nombreux cas. Et je veux vous donner des exemples. Je suppose que nous avons tous eu certaines expériences, et les miennes sont peut-être plus limitées que celles des autres. Toutefois, lorsque je faisais partie du conseil d'administration d'un hôpital, du moins pour une région rurale, nous nous occupions non seulement d'un hôpital de soins actifs, mais nous avons, également à l'époque, construit, dans la même enceinte, un foyer de soins personnels, en théorie, parce que cela deviendrait un établissement de soins chroniques, ce qui est le cas aujourd'hui. En théorie, nous espérons y recevoir des patients nécessitant des soins légers à aigus—vous savez ce qui se produit—tous les soins deviennent aigus en peu de temps. Pourquoi? Par nécessité médicale. Donc bien qu'il s'agisse d'un établissement de soins chroniques—nous pouvons l'appeler ainsi puisqu'il est rattaché à un hôpital de soins actifs—manifestement, lorsque quelqu'un a besoin de soins médicaux, à moins que ce ne soit dans le contexte de notre propre discussion, il pourrait s'agir de 20 p. 100 de soins médicaux alors que quelqu'un à côté, dans l'hôpital de soins actifs, a besoin de 100 p. 100 de soins. Utilisons l'exemple pour les fins de notre discussion. Cela ne signifie donc pas clairement que cette personne n'a pas besoin de soins. C'est ce que je tente de faire valoir. J'ai peut-être trop compliqué les choses.

Donc bien que j'estime que c'est là une façon plus intelligente et plus efficace d'utiliser l'argent destiné aux soins de santé, j'ai du mal à accepter cette théorie parce qu'à un certain moment, la personne qui est âgée et n'a pas d'autres frais, elle ne peut rester chez elle si ce n'est que pour des raisons médicales. Cette personne reçoit la pension de vieillesse, le supplément du revenu garanti. Avez-vous du mal sur le plan

[Text]

situation—and there are many of them and I suggest there will be more as we look at an aging population and we diversify—a large proportion of his or her public pension money is used to maintain at least in part, the costs? Do you have any difficulty with that aspect as a user fee.

Prof. Manga: If you did not say, large, it would make my answer much easier.

Mr. Epp: But that is not the real world.

Prof. Manga: When you said “large”, how much do you mean?

Mr. Epp: Well, let us take Manitoba. Manitoba has had both a Conservative and an NDP government. Both governments might have different philosophies in terms of where they come from, in terms of economic factors, but both have agreed that we want those kind of facilities. I think all of us agree that it is a better system than putting them in acute care hospitals. Both governments might argue about the levels—because we have gone even from 15¢ a day up, or should it be 5¢, and I am not arguing those kind of things—but there has been a general agreement that . . . Let us say, for argument's sake only and I do not want these numbers to be scientific, that the person is a recipient of \$400 in pensions and the pensions are public pensions, let us say, because the person does not have any other resources. We run into a real social problem because, I think, in Manitoba—I could be wrong but Mr. Blaikie might be able to help me on it—at least three-quarters of his or her pension would go toward the cost of the care that he or she is receiving. I think I am not exaggerating in Manitoba.

Mr. Blaikie: Not quite, but in that range.

Mr. Epp: It is in that range. Does that cause you any philosophical problem—that kind of range?

Prof. Manga: I will answer it on a personal basis if I may. I have my in-laws staying with me and both of them I could put in a nursing home. Were it free, I would inherit a lot more money.

Mr. Epp: I was going to get to that point. The pressure one gets . . .

Prof. Manga: So, for reasons of equity I do not think that is right.

Mr. Epp: That is right. The pressure that Mr. Blaikie might get or I might get . . . When we talk about waiting lists, the waiting lists have all kinds of factors to it. It is not only the person who needs the care or who needs the accommodation; you are also dealing with families who also have their hidden agendas or their projections. There is no philosophical argument among the parties in this House that a person should not get good care in his last years. I have no difficulty philosophically, but I do have difficulty that, through the Canada Health Act or through the regulations, we will say that

[Translation]

philosophique dans une situation de ce genre—et les cas sont nombreux et à mon avis, augmenteront encore au fur et à mesure que la population vieillira et se diversifiera—à accepter qu'une grande partie de sa pension versée à même les deniers publics servent à couvrir du moins en partie les coûts? Avez-vous du mal à accepter ce genre de frais modérateurs.

M. Manga: Si vous n'aviez pas parlé d'une grande partie, il me serait beaucoup plus facile de répondre.

M. Epp: Mais ce ne serait pas le monde tel qu'il est.

M. Manga: Lorsque vous dites «grande», qu'entendez-vous au juste?

M. Epp: Prenons le cas du Manitoba. Au Manitoba, il y a eu et un gouvernement conservateur et un gouvernement néo-démocrate. Ces deux gouvernements ont peut-être des fondements philosophiques différents, des théories économiques différentes, mais tous deux ont convenu que nous voulons des installations de ce genre. Je crois que nous reconnaissons tous que c'est là un meilleur régime que de placer les patients dans des hôpitaux de soins actifs. Ces deux gouvernements peuvent contester les niveaux—car il a même été question de 15c. par jour et plus, ou est-ce que cela devrait être 05c., ce n'est pas ce genre de chose qui m'intéresse—mais il y a eu une entente générale voulant que . . . Disons, aux fins de la discussion et je ne vais pas donner des chiffres scientifiques, que quelqu'un reçoit 400 dollars de pension, de pension publique, parce que cette personne n'a aucune autre ressource. Nous nous trouvons face à un problème social réel, car je crois qu'au Manitoba—je fais peut-être erreur, mais M. Blaikie pourra peut-être m'aider à ce sujet—au moins les trois quarts de la pension seraient consacrés à défrayer les soins que cette personne reçoit. Je ne crois pas exagérer dans le cas du Manitoba.

M. Blaikie: Les chiffres ne sont pas tout à fait exacts, mais c'est dans cet ordre de grandeur.

M. Epp: C'est dans cet ordre de grandeur. Est-ce que cela vous choque sur le plan philosophique—cet ordre de grandeur?

M. Manga: Je vais vous répondre d'un point de vue personnel, si vous le permettez. J'ai mes beaux-parents qui habitent chez moi mais je pourrais les placer tous deux dans une maison de santé. Si les soins étaient gratuits, j'hériterais de beaucoup plus d'argent.

M. Epp: J'allais en venir à cet aspect. Les pressions qui s'exercent . . .

M. Manga: Donc je ne crois pas que ce soit juste.

M. Epp: En effet. Les pressions que pourrait subir M. Blaikie ou que je pourrais subir . . . Lorsque nous parlons de listes d'attente, celles-ci comportent toutes sortes de facteurs. Il ne s'agit pas uniquement de la personne qui a besoin de soins ou qui a besoin de logement; il s'agit également des familles qui ont des échéanciers cachés ou des prévisions. Sur le plan philosophique, aucun parti représenté à la Chambre ne conteste qu'une personne ait droit aux soins convenables au cours de ses dernières années. Cela ne me cause aucun problème philosophique, mais j'ai du mal à accepter que dans

[Texte]

basically user fees in all cases, or most cases, are wrong when we have these kind of chronic care... I say to you quite bluntly, my friend, that there is no way we can address the underfunding question, or the overfunding as you suggest, until we look at some of these costs and see that we can recover at least part of the cost through a pension system. By the way, when I talk to these older people they have no difficulty in saying: Look, some of our money should go for the maintenance of the home that we are in. I have found very few of them argue that case. I am willing to look at user fees and AC's where it restrains accessibility. I have no difficulty with that. I do have difficulty with a bill that is using a big axe where in fact we might be hurting the very system we are trying to create.

• 1115

Prof. Manga: Mr. Epp, you say that if you allow some charges, a per diem, for care that is not medically necessary then you would like to extend it for other kinds of things like hospital care, perhaps even for physician services. You are either for extra billing or you are not; you are either for hospital user charges or you are not.

Mr. Epp: I am sorry, my friend; I do not think it cuts that way in the real world. That is the point I am trying to make. Maybe I did not make it well.

I have no problem with user fees in an acute care hospital.

Prof. Manga: Well, I am glad you said that.

Mr. Epp: I have said it before.

I think the point we are all struggling around this table about, if we are all honest about it, is: How do we meet the chronic care reality that Canadians are facing now and will face in spades further down the road?

Mr. Breau: You have to invest more in it.

Mr. Epp: When we look at user fees, I suggest to you that there are models in Canada, quite apart from the philosophical bent of a government, be it NDP or Conservative—and I am only using my own example in our own province...

Mr. Blaikie: There are no Liberal provincial governments.

Mr. Epp: That in itself is a blessing, but apart from that I am simply saying to you that I think we have found that to be the best model for the resources in our province, that it does not violate the principle of accessibility, that these people are in these kinds of chronic care homes... I do not see any great problem that these people are reacting... as I said, there might be a hidden agenda from some family members.

[Traduction]

la Loi canadienne sur la santé ou dans les règlements, nous acceptons de dire que fondamentalement les frais modérateurs dans l'ensemble ou dans la plupart des cas, ne conviennent pas lorsqu'il s'agit de soins chroniques... Je veux dire très franchement, mon ami, que nous ne pourrions jamais nous attaquer à la question du sous-financement ou comme vous le dites du surfinancement, tant que nous n'aurons pas examiné certains de ces coûts et envisagé de récupérer au moins une partie des coûts par l'entremise du régime de pension. En passant, lorsque je parle à ces personnes plus âgées, celles-ci n'ont aucun mal à dire: Écoutez, une partie de notre argent devrait servir à l'entretien de l'établissement où nous sommes. J'ai rencontré peu de ces personnes qui le contestent. Je suis disposé à examiner la question des frais modérateurs et des soins actifs dans les cas où l'admissibilité s'en trouve diminuée. Sans difficulté. Mais j'ai du mal à accepter un projet de loi dont les dispositions draconiennes pourraient porter atteinte au régime même que nous tentons de mettre sur pied.

M. Manga: Monsieur Epp, vous dites que si on permettait certains frais, un droit quotidien, pour des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, on aurait tendance à demander des frais supplémentaires pour d'autres soins tels les soins hospitaliers, et peut-être même les consultations médicales. Ou bien vous acceptez la surfacturation ou bien vous ne l'acceptez pas; ou bien vous acceptez les frais modérateurs dans les hôpitaux, ou bien vous ne les acceptez pas.

M. Epp: Pardon, mon ami, je ne crois pas que ça se passe comme ça en réalité. C'est justement ce que j'essaie de dire. Peut-être me suis-je mal exprimé.

Je peux accepter qu'on demande des frais modérateurs dans un hôpital de soins actifs.

M. Manga: Je suis heureux de vous l'entendre dire.

M. Epp: Mais je l'ai déjà dit.

En toute honnêteté, nous cherchons tous une réponse à la même question autour de cette table: comment résoudre le problème des soins chroniques qui assaille les Canadiens en ce moment, et qui pourrait les submerger à l'avenir?

M. Breau: Il faut y investir plus d'argent.

M. Epp: En matière de frais modérateurs, il y a certains modèles au Canada, autres que l'orientation idéologique d'un gouvernement, que ce soit un gouvernement néo-démocrate ou conservateur—j'utiliserai ma propre province comme exemple...

M. Blaikie: Il n'y a aucun gouvernement provincial libéral.

M. Epp: Heureusement, mais, sans tenir compte de cet aspect, je peux vous dire tout simplement que nous avons trouvé le meilleur modèle, qui tient compte des ressources de notre province, sans pour autant violer le principe d'accessibilité, tous ces gens dans ce genre d'établissements à soins chroniques... Je ne vois vraiment pas pourquoi la réaction de ces gens est si violente—car il faut tenir compte du fait que dans certaines familles il pourrait y avoir d'autres calamités.

[Text]

I guess I am really driving at this: Is that not a different type of user fee and does it not in fact enhance the system rather than hurt the system or reduce its possibilities?

Prof. Manga: It is in fact a different kind of user fee, and I have told you many times, and I have told other people many times, I am for that kind of user fee for non-medically needed care. How many times should I say it to you?

The Chairman: I will go to Mr. Blaikie.

Mr. Epp: Well, you always, my friend, put in a caveat for non-medical care.

The Chairman: Order, please.

I will go to Mr. Blaikie and others on the second round.

If you want a third round, Mr. Epp, I will come back to you.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: With respect to the last conversation, I do not think there is the difference that the member from Provencher thinks there is except that I think the witness uses the term "medical care" in a way that you find difficult. But if that was cleared up I do not think there is a big difference.

In any case, I am glad to see that we are getting around to the analytical way of thinking about these problems and noticing that there are difficulties with the allocation of beds and the allocation of health care resources instead of just wailing about funding and waiting lists, etc., because the issue is more complicated than it first appears. I am glad that is the point we are now at.

I would like to ask a question having to do with the technical possibilities within the proposed act.

One of the things many people have asked for, in particular the Canadian Nurses Association and other nurses groups such as the National Federation of Nurses Unions, is facilitating more points of entry into the health care system. They claim—and I think rightly so, and I think everything that has been discussed here this morning would reinforce that perception... that part of the problem is that no matter how many regulations and structures, etc., that you have... federal-provincial, hospital boards, whatever—at the bottom of the system, so to speak, you have all these choices being made by physicians, which really affects how everything works, and that one of the problems in the system is the domination of the health care model by physicians.

To the extent that the nurses are right on this, is it possible, within the context of federal legislation and block funding, to do anything about that at the federal level? If the Canada Health Act was to go beyond the narrow parameters it now addresses to try to change the health care model in that direction, what would it include?

• 1120

Prof. Manga: I think a prior question is does the federal government really have the power, the constitutional authority,

[Translation]

Je veux en venir à ceci: n'est-ce pas en fait un autre genre de frais modérateurs, qui améliore le système, plutôt que de l'amoiner ou d'en réduire les possibilités?

M. Manga: Effectivement, c'est un autre genre de frais modérateurs, mais comme je vous l'ai dit bien souvent, à vous et à d'autres, je suis en faveur de ces frais modérateurs pour les soins non médicaux. Combien de fois devrais-je le répéter?

Le président: Je donne la parole à M. Blaikie.

M. Epp: Oui, mon ami, mais vous y posez toujours des conditions.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Je donne donc la parole à M. Blaikie, et aux autres inscrits au second tour.

Je vous accorderai un troisième tour si vous le voulez, monsieur Epp.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Au sujet de cette dernière intervention, je ne crois pas qu'il y ait une différence comme le pense le député de Provencher, sauf que le témoin emploie le terme «soins médicaux» d'une façon difficile à accepter pour le député. Si on avait une définition plus claire, la différence serait beaucoup moins importante.

Enfin, je suis heureux de voir que nous allons en fin passer à l'analyse de ces problèmes, et nous attaquer aux difficultés en matière de répartition des lits et répartition des fonds pour les soins médicaux, plutôt que simplement nous plaindre au sujet du financement, des listes d'attente, etc., car c'est une question qui est beaucoup plus compliquée qu'elle ne le semble. Voilà qu'enfin nous nous attaquons au véritable problème.

Je voudrais poser une question au sujet des possibilités techniques qu'offre le projet de loi.

Un grand nombre de gens, en particulier l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada et d'autres groupes d'infirmières telle la *National Federation of Nurses Unions*, prône une meilleure accessibilité du système de soins de santé. Ces gens prétendent—et sans doute avec raison, car tout ce qui s'est dit ici ce matin renforce cette perception—que, quels que soient les règlements et structures—fédéral-provincial, les conseils d'hôpitaux, ou autres—en fin de compte, les médecins ont toujours un choix d'actions, qui affecte tout le travail dans l'hôpital, et que le problème réel du système, c'est la domination par les médecins du modèle des soins de santé.

Dans la mesure où ces infirmières ont raison, serait-ce possible de faire quelque chose au niveau fédéral, dans le contexte des lois fédérales et du financement global? Si on élargissait les paramètres actuels de la Loi sur la santé du Canada, pour changer ce modèle des soins de santé en ce sens, que faudrait-il y ajouter?

M. Manga: Il faut se demander d'abord si le gouvernement fédéral a vraiment le pouvoir constitutionnel de dire qui de

[Texte]

to say who can provide services, be they insured or otherwise. In the context of the proposed Canada Health Act, there have to be insured services. If the answer to that is no, well, we have an answer. The answer is we cannot allow nurses to be providers of insured services. But that raises the question, why does the federal government in the proposed Canada Health Act say that doctors and dentists can? You either have authority or you do not.

Mr. Blaikie: That is what I mean.

Prof. Manga: If indeed you do have, then I think it is incumbent upon the government to explain why the nurses are not included.

There may be very good reasons for it. You may say, for example, oh, we do like nurses; we think they are a very valuable resource and we know they can do more, but given the structure of the system it is difficult; and so on. But that is not the federal government's problem; that is the provincial governments' problem.

I must say that I am a little worried about the way the bill is, in the sense that either you go and say it is the provincial governments' responsibility in determining and authorizing certain professions as being eligible or duly authorized to provide care, or if you have the power, you are going to have to answer the question, why not others. I can only wish them well. There is a conundrum for the federal government, I think.

But if you are asking for my opinion as to what I would allow, I would very quickly, if I were the provincial government—not the federal, by the way; let me start at that level—I would make sure that in my province I would have a lot more community health centres where I would authorize nurses and nurse practitioners and the like to be able to do a number of things I know they are capable of doing: primary care, full physical check-ups, looking after the aged through a home care program. Indeed, they can do it independently of doctors. I would not want the supervision nonsense we often hear. It is not strictly nonsense, but in many cases it is. In other words, I would very seriously look at ways to expand the use of my human resources in a way that I am now limited by or restricted from using them.

Now, does it mean I will go the whole hog and say they can do whatever they please? Surely that is impractical. But logistically I should be looking at the sorts of ways and designs of a health-care system that allow me to use more nurses and fewer doctors. That is what I would be doing.

Now, can the federal government... coming back to the federal government—can the federal government permit this? Well, you either say that you have your authority or you do not; and if you do, I would go ahead and do it.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Just on that question, it seems to me that what the federal government can do, apart from directly paying

[Traduction]

offrir des services, qu'ils soient assurés ou non. Dans le contexte du projet de loi canadienne sur la santé, il faut qu'il y ait des services assurés. Si la réponse est non, eh bien on ne pourrait pas permettre aux infirmières de fournir des services assurés. Et alors il faut se demander pourquoi le gouvernement fédéral dans son projet de loi autorise les médecins et les dentistes à le faire? Ou bien vous avez ce pouvoir, ou bien vous ne l'avez pas.

M. Blaikie: Justement.

M. Manga: Si effectivement le projet de loi actuel investie le gouvernement de ce pouvoir, alors il incombe à ce dernier d'expliquer pourquoi les infirmières sont exclues.

Il peut y avoir de bonnes raisons. On pourrait par exemple dire, ah oui on aime bien les infirmières; leur aide nous est précieuse, et elles pourraient en faire plus même, mais étant donné la structure actuelle du système, ce serait difficile, etc. Toutefois, ce problème n'est pas celui du gouvernement fédéral, mais des gouvernements commerciaux.

En fait, le bill dans sa forme actuelle m'inquiète quelque peu, ou bien il faut dire carrément que c'est la responsabilité des gouvernements provinciaux d'autoriser certaines professions à offrir les soins médicaux, ou bien si vous avez le pouvoir nécessaire, il faut expliquer pourquoi les autres n'y sont pas habilités. Je leur souhaite bonne chance. C'est une énigme que devra résoudre le gouvernement fédéral.

Maintenant, si vous me demandez de vous dire ce que je permettrais, je vous répondrai sur-le-champ que si j'étais le gouvernement provincial—commençons à ce niveau, pas au niveau fédéral—je créerais dans ma province un nombre accru de centres de santé communautaires où j'autoriserais les infirmières et les aides-infirmières, et d'autres à entreprendre toutes les tâches qui leur sont possibles—les soins premiers, les examens complets, le soin des personnes âgées dans le cadre des programmes de soins à domicile. En fait, elles pourraient faire toutes ces choses indépendamment des médecins. Je n'accepterais pas tous ces arguments farfelus concernant la surveillance qu'on entend si souvent. Ce n'est peut-être pas si farfelu, mais dans bien des cas, cela le serait. En d'autres termes, j'étudierais tous les moyens de diversifier l'utilisation des ressources humaines, comme je ne peux le faire en ce moment.

Cela veut-il dire que j'enlèverais toute restriction, et que je les laisserais faire ce qu'elles veulent? Bien sûr que non, ce ne serait pas possible. Toutefois, sur le plan logistique, j'examinerais certainement tous les moyens et toutes les conceptions d'un système de soins de santé qui me permettraient d'utiliser un plus grand nombre d'infirmières, et moins de médecins. Voilà donc ce que je ferais comme gouvernement provincial.

Toutefois, pour en revenir au gouvernement fédéral, celui-ci peut-il autoriser un tel système? Si effectivement le gouvernement fédéral en a le pouvoir, eh bien il devrait le faire.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: À cet égard, que peut faire le gouvernement fédéral, sauf payer les provinces directement, ce qui n'est pas

[Text]

provinces, which would not be such a bad idea, and saying here is new money to the extent that you involve your health-care system in this particular way—but leaving out the question of new money at this point, I am just saying what can they do within the proposed Canada Health Act? It seems to me one of the things they could do—all that the Canada Health Act does, all that federal legislation does at all, is say what of certain services, if they are provided, shall be provided within the following principles. But even if nurse services, apart from those which are auxiliary to doctor services—even if they were included as those services which, if provinces were to provide them, would have to be provided within these principles... still would not have anything to do with whether or not provinces actually provided those services.

Prof. Manga: That is right.

Mr. Blaikie: So what I am trying to do is get at the limitations of what can be done through the proposed Canada Health Act. So all that would happen, then, would be that provinces which wanted to give nurses that role would be in a position where that would have to happen within the five principles; in other words, nurses could not extra-bill; nurses could not have user fees; nurses could not—there would have to be equal access, etc. It would not have anything to do with whether or not provinces actually then provided that kind of alternative health care.

• 1125

Prof. Manga: Actually, the provinces have now the authority to do that anyway. They do not need permission from Ottawa to begin with. But it can be said that at the provincial level there is a fair amount of scope already. That is not to say that the federal government does not need to do anything or promote the idea or what have you. I think the federal government will have to make a decision on this sooner or later. But at the provincial government level, I really do wonder why it is that we do not use nurses in a larger setting and more extensively than we do. And as to whether you allow them to bill, I hope we always put them on salary, never on fee for service. You have to serve the public interest somehow, and unless nurses are willing to provide service on a salary basis, and provide services that ultimately mean less tax dollars for us—there are some savings in it for us—I do not see the advantage. Nurses I believe are willing to accept salary and provide services and not insist that they be paid like doctors—or doctors' rights.

Mr. Blaikie: Well, that is my point, Mr. Chairman. I know from talking to the nurses that they are not simply—in fact, they are not trying at all to get in on the fee-for-service gravy train. They are trying to have more independence than they do now and be able to provide what they think, and what I think as well, might be a better mix of health care services.

But does not that raise the question of block funding; that at this point, as long as you have block funding, then all that the federal government can do is provide the principles within which the province provides whatever services it deems to provide; whereas if you went back to a form of cost-sharing, which you have already rejected, then you could have the

[Translation]

une mauvaise idée, en offrant des fonds nouveaux, dans la mesure où ces provinces réorienteraient leur système de santé dans une direction donnée? Une des choses que pourrait faire le gouvernement fédéral—et c'est d'ailleurs tout ce que fait ce projet de loi canadienne sur la santé, ou toute autre loi fédérale, est d'exiger que si certains services sont offerts, ils soient conformes à certains principes. Toutefois, même si les services infirmiers, sauf à titre d'auxiliaires aux services médicaux, étaient compris dans la loi, et que les provinces doivent les offrir, il faut qu'ils soient conformes à ces principes, mais même là, cela n'a rien à voir avec la question de savoir si oui ou non, les provinces assurent ces services.

M. Manga: Précisément.

M. Blaikie: Ce que je cherche donc à faire, c'est d'établir les limites du projet de loi canadienne sur la santé. Alors, les provinces, si elles décidaient de donner ce rôle aux infirmières, devraient le faire en respectant ces cinq principes; en d'autres termes, les infirmières ne pourraient pas surfacturer; elles ne pourraient pas exiger des frais modérateurs; elles devraient assurer à tous accès à leurs services, etc. Cela n'aurait rien à voir avec la question si oui ou non, les provinces assurent effectivement ces services médicaux d'appoint.

M. Manga: En fait, les provinces ont déjà le pouvoir d'agir ainsi. Elles n'ont pas besoin de la permission d'Ottawa pour le faire, car elles ont déjà beaucoup de liberté d'action. Bien sûr, cela n'empêche pas le gouvernement fédéral de pousser ce genre d'idée, et il devra éventuellement se prononcer à cet égard. Toutefois, je me demande sérieusement pourquoi, au niveau provincial, on n'accorde pas aux infirmières un plus grand rôle. Personnellement, j'espère qu'on leur fixera toujours un salaire, et qu'on ne leur permettra jamais d'être payées à l'acte. Il faut tenir compte de l'intérêt public, et à moins que les infirmières n'acceptent de travailler à salaire, et d'offrir des services qui pourraient ultimement faire épargner de l'argent au contribuable, je ne vois pas d'avantage. Je crois que les infirmières sont prêtes à accepter un salaire pour ce genre de services, et qu'elles n'insisteront pas pour être payées comme les médecins, ou jouir des mêmes droits.

M. Blaikie: Eh bien, justement, monsieur le président. Les infirmières m'ont dit qu'elles ne voulaient pas en fait profiter d'un service de paiement à l'acte. Elles veulent simplement une plus grande indépendance d'action qu'en ce moment, et pouvoir offrir ce qu'elles croient, comme moi-même, être une meilleure gamme de services de santé.

Mais cette option ne soulève-t-elle pas toute la question du financement global? En fait, en ce moment, sous le régime de financement global, le gouvernement fédéral ne peut qu'offrir les principes selon lesquels les provinces peuvent fournir les services qu'elles veulent, tandis que si nous revenions à un système de partage des coûts, que vous avez vous-même déjà

[Texte]

federal government showing leadership in this field and saying all right, for a period of five years, or indefinitely, or whatever was arrived at, we would like to cost-share with you a new role for nursing in your province and that sort of thing?

Prof. Manga: I disagree.

Mr. Blaikie: As long as you have just block funding, the federal government does not have the capacity to give that kind of leadership.

Prof. Manga: I think you are suggesting that if you cost-share, you can break the Constitution easier. It is not so, first of all. In fact, the more freedom you give the provinces in terms of the design of the health care delivery system, I think the better... assuming, of course, that you look after the basics in the way that I was suggesting in my brief. There are other things you can do to the proposed Canada Health Act to provide the framework; and within that the provincial governments ought to be given lots of freedom to design health care systems.

The problem in this country at the provincial level is that what we have at the provincial level is the medical profession have so much power that they literally stymie a lot of reform. That is realism here. That is what is happening. They do not have nearly that kind of clout at the federal government level because that is not the government that regulates them and so forth; or pays them, for that matter. I think at the provincial government level all one can do is give them the scope, and I hope a lot of pressure, fiscal pressure, to force them to make the kind of changes you want.

I come back to my original position. Unlike the Conservative members here, I am not interested in giving the provinces a whole lot of money just so they will—they will not undertake the reforms that I think are necessary.

The Chairman: I will go to Dr. Halliday now.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. Just a couple of points.

The professor just mentioned that he would give—and I am quoting him—full physical check-ups for nurses to do. Would he himself want... and does he think the Canadian people want... to go to nurses for their full physical check-ups; and if so, how would he adjust their training?

Prof. Manga: May I just go back to Zimbabwe, since you raised it once before. I saw that, and I was literally checked out by a nurse. What I saw there—and I used to spend a lot of time in emergency care—after 10.00 p.m. the doctor in charge would go to sleep—they had a lovely room for him—and the nurses would take over. The nurses would look after a whole lot of things: stitching, surgery, the whole lot; just about everything that came their way, except for very dire emergencies they would very apologetically wake up the doctor. I used to sit there and watch and I was amazed at what they could do. I was amazed to see nurses provide anaesthetics; in fact, you can well imagine that in most of these countries they do not have enough anaesthetists. I have seen what nurses can do.

[Traduction]

rejeté, alors, le gouvernement fédéral ferait preuve de leadership en la matière, et pourrait offrir, pour une période de cinq ans, ou indéfiniment, peu importe, de partager les coûts entraînés par le nouveau rôle que les infirmières joueraient dans la province.

M. Manga: Je ne suis pas d'accord.

M. Blaikie: Aussi longtemps que l'on utilisera le financement global, le gouvernement fédéral n'aura pas la possibilité d'exercer ce genre de leadership.

M. Manga: Vous dites que si on faisait un partage des coûts, on pourrait plus facilement enfreindre la constitution. Tout d'abord, ce n'est pas le cas. En fait, plus vous accorderiez aux provinces la liberté de concevoir un système de prestation des services de santé, alors, mieux ce sera, pour autant qu'on garantisse les principes que j'ai exposés dans mon mémoire. Il y a d'autres moyens à prendre, en vertu du projet de loi canadienne sur la santé, pour assurer le cadre nécessaire; mais à l'intérieur de ce cadre, les provinces devraient avoir toute liberté de concevoir leur propre système de soins de santé.

Dans notre pays, la difficulté, c'est qu'au niveau provincial, la profession médicale a tellement de pouvoirs qu'ils peuvent littéralement empêcher un grand nombre de réformes. C'est ça la réalité. C'est ce qui se produit d'ailleurs. Les médecins n'ont pas ce même pouvoir au niveau fédéral, car ce n'est pas le gouvernement qui assure la réglementation, ou qui les paye, en fait. Le gouvernement fédéral, donc, ne peut donner une plus grande liberté au gouvernement provincial, mais exercer une pression fiscale, particulièrement, pour les obliger à faire les changements que vous préconisez.

J'en viens donc à ma position initiale. Contrairement aux députés conservateurs ici présents, je ne suis pas intéressé à donner aux provinces plus d'argent pour qu'elles entreprennent les réformes nécessaires—elles ne le feront pas.

Le président: Je cède maintenant la parole à M. Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je n'ai que quelques questions.

Le professeur Manga disait qu'il accorderait aux infirmières l'autorisation de faire des examens médicaux complets. Voudrait-il lui-même—ou le peuple canadien accepterait-il—que les infirmières lui fassent subir des examens médicaux complets? Dans l'affirmative, comment assurerait-il leur formation?

M. Manga: Laissez-moi revenir à mon expérience du Zimbabwe, puisque vous en avez déjà parlé. Là, j'ai été effectivement examiné par une infirmière. J'ai passé beaucoup de temps à étudier les soins d'urgence—et là, après dix heures du soir, le médecin de service allait se coucher—il avait une très belle chambre—et les infirmières assuraient le service. Elles s'occupaient de toutes sortes de choses: les points de suture, la chirurgie, tout, ou presque tout, sauf les grands cas d'urgence, où elles allaient timidement réveiller le médecin. Je les ai observées longtemps, et j'ai été vraiment étonné de voir tout ce qu'elles pouvaient faire. J'ai été étonné de voir les infirmières assurer l'anesthésie; en fait, dans la plupart de ces pays, comme vous le savez sans doute, ils n'ont pas suffisam-

[Text]

In this country, beyond the 60th parallel, nurses do a lot of things they are not allowed to do here. It must be the temperature that allows them to do it.

• 1130

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I am aware of the value of nurses and what they can do. I would also ask, though, does he think nurses would make house calls at night?

Prof. Manga: Of course they do.

Mr. Halliday: Does he think nurses would make house calls at night on their salary for daytime work?

Prof. Manga: If you are asking me what kinds of things nurses can do, I am not suggesting that nurses can substitute *in toto*, the whole, what a doctor can do. But you are a medical doctor.

Mr. Halliday: Yes.

Prof. Manga: Well, just think of your colleagues 25 years ago, and you can, given your age, and think of what the public health nurse does today. I will tell you that some of the public health nurses are better than the doctors you knew 25 years ago.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the professor has made some reference to community health centres, and favourably. I served on the Hastings committee, so I was interested in that whole concept as well. I think one could say that the community health centre at the Sault has fared reasonably well. I think one could also say that the one at St. Catharines has fallen apart and has disintegrated. The one here in Ottawa was even more interesting, because an attempt was made to start one here by the present associate deputy minister of health. It never got off the ground; it was a complete abortion. I am wondering what the problems were.

Prof. Manga: It might be choice of words . . .

Mr. Halliday: I am wondering what the problems were with the community health centre concept that caused it to fail here in Ottawa and in St. Catharines.

Prof. Manga: I will give you a general answer since you mention, not by name but by certain implication, Dr. Maureen Law. I tried to avoid this one. I think in this country, what we have seen over the last 20-25 years, certainly 20 years, is a resistance by the medical profession to the concept of community health centres. You know the history in Saskatchewan. We were also seeing complicity by provincial administrations to make sure that these things do not function all that well. They are underfunded; they are badly placed in terms of location; the size is too bloody small. You cannot run a viable community health centre, the kinds we have here, you need a critical mass. We know all these things. It is because of bureaucratic reluctance that we have not seen viable, successful community health centres. Your question then is best addressed to the provincial people and, of course, the medical profession.

[Translation]

ment d'anesthésistes. J'ai vu ce que peuvent faire les infirmières. Mais dans ce pays même, au-delà du 60^e parallèle, les infirmières accomplissent bien des tâches qu'on ne les autoriserait pas à entreprendre dans le sud. Ce doit être à cause de la température.

M. Halliday: Monsieur le président, je connais la valeur des infirmières, et leur capacité. Toutefois, le professeur pense-t-il que les infirmières iraient faire des visites à domicile la nuit?

M. Manga: Certainement.

M. Halliday: Pense-t-il que ces infirmières feraient ces mêmes visites à domicile la nuit, avec le salaire qu'on leur paye pour leur travail de jour?

M. Manga: Si vous me demandez ce que peuvent faire les infirmières, je ne dis pas qu'elles pourraient se substituer complètement aux médecins. En fait, vous êtes vous-même médecin.

M. Halliday: Oui.

M. Manga: Eh bien, rappelez-vous vos collègues d'il y a 25 ans—vous êtes assez vieux pour cela—et pensez à ce que fait aujourd'hui l'infirmière en hygiène publique. Certaines de ces infirmières en hygiène publique sont meilleures que ne l'étaient les médecins il y a 25 ans.

M. Halliday: Monsieur le président, le professeur a aussi mentionné qu'il favorisait les centres de santé communautaires. J'ai participé au comité, dans le comté de Hastings, et tout ce concept m'intéresse. Le centre de santé communautaire de Sault-Sainte-Marie a eu un certain succès. Toutefois, celui de St. Catharines a été un échec total. Celui d'Ottawa est encore plus intéressant, car c'est l'actuel sous-ministre associé de la Santé qui a essayé de le lancer. Celui-là aussi a connu un échec total, il n'a même pas été lancé. J'aimerais bien savoir pourquoi.

M. Manga: C'est peut-être un choix de mots . . .

M. Halliday: Je me demande pourquoi ce concept des centres de santé communautaires aurait connu des échecs ici, à Ottawa, et à St. Catharines.

M. Manga: Je vous donnerai une réponse générale, puisque vous mentionnez indirectement le docteur Maureen Law. Je voulais justement éviter d'en venir à cela. Dans notre pays, depuis les 25 dernières années, certainement depuis 20 ans, on connaît une certaine résistance, au sein de la profession médicale, contre ce concept des centres de santé communautaires. Vous connaissez l'histoire de la Saskatchewan. Il y avait une certaine connivence, de la part des administrations provinciales, pour assurer que ce genre de centres ne fonctionneraient pas bien. Ils étaient mal financés, ils étaient mal situés, leur clientèle était vraiment trop restreinte. Pour qu'un centre de santé communautaire soit rentable, il faut quand même un certain nombre de clients. Nous savons tout cela. C'est à cause de l'hésitation des bureaucrates que nous n'avons pas eu de centre de santé communautaire qui soit rentable. Si vous voulez des réponses à votre question, il faut vous adresser

[Texte]

Mr. Halliday: One last question. The very last paragraph of your brief, on page 7, you said:

The "underfunding" of the health care system is simultaneously a very complex and fuzzy issue perhaps better left for a "resolution" in a mysterious process called a general election.

Well, this fascinated me. I do not know much about general elections, but I am wondering how you perceive the matter of underfunding being resolved by a general election. Suppose there is a change of government, the issue still has to be dealt with by a new government. I do not understand how an election is going to resolve that problem of underfunding.

Prof. Manga: That is what I meant by mysterious. You see, we have a general election, people go and . . . You know, I fully expect the opposition, you people, to win the next time; and then you will come back and say, the people . . . me, and I do not think they have. You will tell me, *ex post* after winning—you would not tell me after losing for sure, but after winning you will say, we have the mandate to do a whole raft of things. And I do consider it mysterious, I must say. I am not a politician, obviously, but you go out there and you will win and they will say, oh, the people of Canada told us that we were badly underfunded. And I am not sure about that. The very people you say have told you something probably never understood the question or the issue.

The last thing, in fact you should check this out, the pollster that you have, Gregg, had a survey done where people were asked: Are you in favour of extra-billing? No, said everybody. Are you in favour of hospital user fees? No, said everybody. How would you fund additional health care expenditure, and you gave them options—user fees, taxation—and there it was split half and half. That is what you got, just in December as a matter of fact. Now, what do you make of that?

• 1135

Mr. Breau: They want it free.

Prof. Manga: No, I am saying that they do not know what they want.

Mr. Breau: You said it.

Prof. Manga: No, but I can say it. You guys cannot. And I do think it is mysterious, yes.

The Chairman: Thank you, Professor Manga. I think we had a very good session this morning.

I would like the committee to stay just for a minute. Perhaps Mr. Epp wants to return to the table.

I would like you to look at the first two reports of the steering committee that are before you and go to the first

[Traduction]

aux autorités provinciales, et, bien sûr, à la profession médicale.

M. Halliday: Une dernière question. À la page 8 de la version française de votre mémoire, au paragraphe 14, vous dites:

Le sous-financement du régime d'assurance-maladie est une question à la fois complexe et déconcertante qu'il faudrait peut-être régler au terme d'un processus mystérieux qu'on appelle des élections générales.

J'ai été fasciné par cela. Je ne connais pas grand-chose au sujet des élections fédérales, mais je me demande bien comment vous pouvez croire que le sous-financement peut être résolu par une élection générale. Même s'il y avait un changement de gouvernement, la question devrait toujours être résolue par ce nouveau gouvernement. Je ne vois pas comment une élection peut résoudre ce problème de sous-financement.

M. Manga: C'est bien pour cette raison que je l'ai qualifié de mystérieux. Vous savez, à une élection générale, les gens se prononcent . . . Vous savez, je suis tout à fait certain que l'opposition, vous-mêmes, gagnerez la prochaine élection; et alors, vous nous direz: le peuple nous a choisis, et ce n'est pas le cas. Vous nous direz, après votre victoire—certainement pas si vous perdez—mais après avoir gagné, vous nous direz qu'on vous a accordé un mandat pour faire toutes sortes de choses. Et je trouve ça mystérieux, vraiment. Je ne suis pas un homme politique, bien sûr, mais vous, vous allez vous présenter, vous allez gagner l'élection, et vous direz: le peuple canadien nous a dit que nous étions vraiment sous-financés. Je n'en suis pas certain. Ces mêmes gens qui sont censés vous avoir accordé ce mandat n'ont probablement jamais compris de quoi il s'agissait.

Enfin, et vous pouvez le vérifier, votre sondeur attitré, Gregg, a fait un sondage où il demandait aux gens: êtes-vous en faveur de la surfacturation? Tout le monde a dit non. Favorisez-vous les frais modérateurs dans les hôpitaux? Tous ont répondu non. Comment financeriez-vous des dépenses supplémentaires pour les soins de santé? Et vous leur donniez les options suivantes: les frais modérateurs, le régime fiscal, et là, les gens se sont divisés moitié-moitié. Voilà l'opinion des gens en décembre, en fait. Alors, qu'en pensez-vous?

M. Breau: Ils veulent avoir les services gratuitement.

M. Manga: Non, je veux indiquer simplement que les gens ne savent pas ce qu'ils veulent.

M. Breau: C'est tout à fait juste.

M. Manga: Non, mais je peux le dire. Vous, vous ne pouvez pas vous le permettre. Et c'est ça que je trouve mystérieux.

Le président: Merci, monsieur Manga. Je pense que cette discussion a été très utile.

Je demanderais au Comité de rester en place pour quelques minutes. M. Epp voudrait peut-être revenir à la table.

Je voudrais que vous étudiiez les deux premiers rapports du Comité directeur avant que vous ne partiez, en commençant,

[Text]

report first of all. I think I am correct in saying that the first report has been gone over carefully . . .

Mr. Halliday: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Yes.

Mr. Halliday: Since these two reports are quite similar in the material that is being dealt with, should they perhaps be dealt with together, or is there some reason why they should be dealt with separately?

The Chairman: No, there is . . .

Mr. Halliday: I have some questions I want to raise which relate to them both.

The Chairman: Let us just take them both then if you have them both before you.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: May I ask my question?

The Chairman: I will take your question now.

Mr. Halliday: My first question is we see a number of names of people and associations, professional associations and consumer groups, here. Does this list constitute all the people who have either written or telegraphed or telephoned to you as the chairman or to your staff asking to be heard?

The Chairman: No.

Mr. Halliday: May we have the total list?

The Chairman: Yes, the total list was gone over by the steering committee yesterday. The steering committee on some general principles decided not to invite some people or some groups to appear but to ask of course any group or any person who wants to to submit a brief by towards the end of the month, and the steering committee I think was unanimous in asking and pursuing these witnesses we have on the second report. The ones on the first report have all been contacted, and most of them have now been scheduled, but there were some . . . I think in general ways we talk about ordinarily provincial associations and national associations will not be invited to attend but we want their briefs if they want and that sort of thing.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I want to pursue this further. I think it is very important, very fundamental.

Are we entitled to see those lists as the committee? Is this committee, in addition to the steering committee, entitled to see the names of people who have actually contacted you by whatever method to ask to be either seen in person here or allowed to submit a brief? May we see those names and . . .

The Chairman: Yes, those names can be given to everybody.

Mr. Halliday: May we have them then, please?

The Chairman: Yes. We do not have them this morning, but we will . . .

Mr. Halliday: The next question is: Has the steering committee or have you as chairman established a deadline

[Translation]

bien sûr, par le premier rapport. Je peux vous assurer qu'on a étudié le premier rapport à fond . . .

M. Halliday: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: Oui.

M. Halliday: Puisque le contenu de ces deux rapports est assez semblable, ne pourrions-nous pas les discuter ensemble, ou y a-t-il une raison particulière pour en traiter séparément?

Le président: Non . . .

M. Halliday: Certaines de mes questions concernent les deux rapports.

Le président: Alors, on les étudiera ensemble, puisque vous avez les deux rapports sous les yeux.

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Puis-je poser ma question?

Le président: Oui.

M. Halliday: On voit sur la liste un certain nombre de particuliers, d'associations, d'associations professionnelles et de groupes de consommateurs. Est-ce la liste complète de tous les gens qui auraient demandé une audience, soit à nous-mêmes, soit à votre personnel?

Le président: Non.

M. Halliday: Pourrions-nous avoir la liste complète?

Le président: Oui, la liste complète a été étudiée hier par le Comité directeur. Selon certains principes généraux, le Comité directeur a décidé de ne pas inviter certains particuliers ou certains groupes à comparaître, mais, bien sûr, a demandé à tout groupe qui le désire de soumettre un mémoire par écrit d'ici à la fin du mois. Le Comité directeur a unanimement décidé d'inviter les témoins qui figurent dans le second rapport. Nous avons contacté tous les gens nommés dans le premier rapport, et la plupart sont déjà inscrits à notre calendrier; toutefois, il y en a certains . . . En général, il y a certaines associations provinciales ou nationales que nous n'avons pas invitées, mais auxquelles nous avons demandé de soumettre un mémoire.

M. Halliday: Monsieur le président, je veux approfondir cette question, car c'est très important, c'est fondamental.

Le Comité a-t-il le droit de voir ces listes? Est-ce que notre Comité, en plus du Comité directeur, peut étudier la liste des personnes qui vous ont contacté, par quelque méthode que ce soit, pour demander une audience, ou l'autorisation de soumettre un mémoire? Pourrions-nous voir cette liste?

Le président: Oui, on peut distribuer la liste à tous les députés.

M. Halliday: Alors, pourrions-nous l'avoir, s'il vous plaît?

Le président: Oui. Nous ne les avons pas ici aujourd'hui, mais nous pourrions . . .

M. Halliday: Voici ma deuxième question: le Comité directeur, ou vous-même, avez-vous établi une date limite pour recevoir des demandes d'audience?

[Texte]

after which no request to be heard will be accepted for consideration?

The Chairman: No, we have not. My understanding is we have not established such a deadline, but to be fair to those present and those who this will be reported to I think we should say that we would like to know by the end of this week, I would think, fairly to know who might want to appear because there is some urgency.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I am not in any way suggesting that there is not some urgency, although I have some reservations about how urgent this is, but I think it is fair that the public should know what the deadline is at least a week in advance of when we expect to cut it off to give them a chance to submit a request if they want to.

Having said that and having got consent that we will see these lists, there are a few names I would like specifically to bring to the attention of this committee who I would respectfully submit have been overlooked. If they have not requested to be heard, there are obviously, in my view, good reasons why they should be heard. If I may, could I bring those to your attention now?

The Chairman: Yes, all right.

Mr. Halliday: The first one is the Canadian Dental Association. I do not see them on here. I do not think it is on here. I think since dentists are specifically named in the bill—as our witness said a few minutes ago, only physicians and dentists seem to be specifically named—I would be surprised if they did not want to be heard. Whether or not you have had a request from them I do not know. That is why it is too bad we do not have that list right now.

The Chairman: The clerk informs me, Doctor, that we got a request this morning from the dental association.

• 1140

Mr. Halliday: Then I would think we feel very strongly that we should allow them to be heard since they are specifically mentioned in the bill. The second group is *Fédération des omnipraticiens du Québec*, and I am glad you have their name on the list today. I think they have a counterpart in Quebec. I cannot give the particular name in French, but it is the Federation of Medical Specialists of Quebec in English. I would be surprised if they did not want to be heard. They have problems and I think that they correspond precisely with the *Fédération des omnipraticiens du Québec*. I would be surprised if they have not asked you, but I would think they would want to be heard. I think the committee would be a little less than fair if we did not even ask them to appear, because they are a very important group in this country.

M. Breau: Donc d'un médecin et chirurgien du Québec?

Mr. Halliday: No, it is not the same at all. If I understand it correctly, it is not the same at all. *Médecins de langue*

[Traduction]

Le président: Non. Si j'ai bien compris, il n'y a pas de date limite, mais en toute justice pour les membres ici présents et pour ceux à qui on remettra le rapport, je pense qu'on voudrait savoir, d'ici à la fin de la semaine, qui voudra comparaître, car nous sommes assez pressés.

M. Halliday: Monsieur le président, je suis certainement d'accord. Toutefois, j'ai certaines réserves quant au degré d'urgence, et certainement pour être juste envers le public, il faudrait l'avertir au moins une semaine à l'avance de la date limite, afin de permettre aux intéressés de faire une demande.

Cela dit, et avec votre promesse que nous verrons cette liste, je voudrais maintenant signaler à l'attention du Comité quelques noms de personnes qu'on a peut-être oubliées. Si ces personnes n'ont pas demandé une audience, j'ai de bonnes raisons de croire qu'on devrait les entendre. Me permettez-vous de les signaler maintenant?

Le président: Oui, allez-y.

M. Halliday: Le premier sur ma liste est l'Association dentaire canadienne. Je ne les vois pas sur cette liste. Puisque les dentistes sont mentionnés particulièrement dans le bill—et comme le disait notre témoin il y a quelques minutes, puisque seuls les médecins et les dentistes sont mentionnés—je serais surpris d'apprendre qu'ils ne veulent pas comparaître. Je ne sais pas si vous avez reçu une demande de leur part. C'est vraiment malheureux qu'ils ne soient pas sur la liste déjà.

Le président: Monsieur Halliday, le greffier me dit que nous avons reçu ce matin même une demande de la part de l'Association dentaire.

M. Halliday: Dans ce cas, je suis convaincu qu'il faudrait les autoriser à faire connaître leur point de vue, étant donné qu'ils sont précisément mentionnés dans le projet de loi. Le second groupe est la Fédération des omnipraticiens du Québec, et je suis content que vous ayez son nom sur la liste aujourd'hui. Il existe un groupe équivalent au Québec; son nom en français m'échappe, mais en anglais, c'est la *Federation of Medical Specialists of Quebec*. Cela m'étonnerait qu'elle ne veuille pas se faire entendre. Elle a des difficultés, et je crois qu'elle correspond précisément à la Fédération des omnipraticiens du Québec. Cela m'étonnerait que cette fédération ne vous ait pas demandé de se faire entendre, car je crois qu'elle y tiendrait. Le Comité ne serait pas très juste en ne lui demandant même pas de comparaître, car c'est, après tout, un groupe très important dans notre pays.

Mr. Breau: Representing the physicians and surgeons from Quebec?

M. Halliday: Non, sauf erreur, ce n'est pas du tout la même chose. S'agit-il des «médecins de langue française du Canada», qui figurent au second rapport?

[Text]

française du Canada? I am looking at the Second Report.
Médecins de langue française du Canada.

Mr. Breau: The one right after.

Mr. Halliday: If I am not mistaken, the Quebec College of Physicians and Surgeons—and I could stand corrected—but I think they are the licensing body in Quebec.

The Chairman: Dr. Halliday, I think we should perhaps look into the Quebec situation in more detail and report back to the committee.

Mr. Halliday: I think it is very important because they, as you know, have some unique problems and I think the Committee must hear them. There are specific groups in Quebec also that should be heard. I think I have identified the important ones.

If I may move on then, Mr. Chairman. I would be interested to know whether we could have appear before us before their report is finalized the chairman, preferably from the special task force which is now having hearings, chaired by Mrs. Joan Watson. She might be willing to come before this Committee to offer some interim comments on what they are hearing as they travel across the country. We would certainly benefit from that if she is willing to do it on an interim basis because obviously a final report will not be available before this committee ceases. I would think she should be invited to come and not wait for them to ask.

The Chairman: Are there any comments on that?

Mr. Breau: Mr. Chairman, I think it is a little difficult to discuss individual associations in the full committee. It seems to me that the report reflects the steering committee has tried to group the witnesses that would come under certain broad groups, and one of the things that I know the steering committee tried to do was to stick to national associations unless, there are groups somewhere that are not represented in these national associations, but when you hear a national association there is no reason why you should hear subgroups either on a provincial basis or on another basis.

The task force is an organ of the Canadian Medical Association and the CMA are going to come. I do not see why we should hear more subgroups from the CMA.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, that is not fair.

Mr. Breau: On the question of Quebec, I think what we are trying to accomplish is to find out there which groups of doctors, because I think there are two, from my information. I know one for sure is not affiliated with the CMA, so they will not be represented by the CMA. I am not sure whether or not the other one has an association with the CMA, but it seems to me that we should stick to national associations or if we go for subgroups, that it is subgroups that are not represented by national associations. Then we talked about a group of experts and we tried to balance the point of view. There is the one-sided issue and the others. Then we agreed to meet the provincial ministers, I believe. That has been agreed to. There

[Translation]

M. Breau: Juste après.

M. Halliday: Je me trompe peut-être, et l'on pourrait me corriger, mais je crois que le Collège des médecins et chirurgiens du Québec est l'organisme de réglementation professionnelle dans cette province.

Le président: Monsieur Halliday, je crois que nous devrions examiner peut-être la situation du Québec de façon plus détaillée, pour en faire ensuite un rapport au Comité.

M. Halliday: Cela me paraît très important, car vous n'ignorez pas que ce groupe connaît des problèmes bien particuliers, de sorte que le Comité doit lui donner l'occasion de se faire entendre. Il faudrait aussi donner la parole à certains autres groupes du Québec. Je pense avoir mis en lumière les plus importants.

Pour passer à autre chose, monsieur le président, j'aimerais savoir si nous pourrions faire comparaître M^{me} Joan Watson, présidente du groupe de travail qui tient actuellement des audiences, et ce, avant la mise au point du rapport définitif. Elle voudrait peut-être comparaître devant le Comité pour nous donner son impression sur les audiences tenues dans le pays. Cela nous serait très utile, si elle accepte de nous rencontrer de cette façon, bien que le rapport définitif ne sera pas disponible avant la fin des travaux de ce Comité. Je pense qu'il faudrait l'inviter à venir, sans attendre qu'elle le demande.

Le président: Y a-t-il des remarques à ce sujet?

M. Breau: Monsieur le président, il me paraît un peu difficile de discuter de chaque association en comité plénier. Il me semble que le rapport indique bien que le Comité directeur a essayé de regrouper les témoins qui relèveraient de mêmes groupes généraux, et je sais que le Comité directeur a essayé de s'en tenir aux associations nationales, à moins que certains groupes, quelque part, n'y soient pas représentés, mais si vous donnez la parole à une association nationale, il serait vraiment inutile de faire comparaître certains sous-groupes, sur une base provinciale ou autre.

Le groupe de travail relève de l'Association médicale canadienne, qui va comparaître. Je ne vois pas pourquoi nous devrions entendre davantage de sous-groupes de cette association.

M. Halliday: Ce n'est pas juste, monsieur le président.

M. Breau: Quant au Québec, nous essayons de trouver quels sont les groupes de médecins, car d'après mes renseignements, il en existe deux, dont l'un n'est certainement pas affilié à l'A.M.C., qui ne va donc pas le représenter. Je ne sais pas au juste si l'autre est associé à l'A.M.C., mais il me semble que nous devrions nous en tenir aux associations nationales, ou que si nous envisageons de convoquer des sous-groupes, que ce soit ceux qui ne sont pas représentés par des associations nationales. Nous avons ensuite parlé de la possibilité d'un groupe de spécialistes, et nous avons essayé d'équilibrer les points de vue, de trouver un juste milieu. Nous avons ensuite convenu de rencontrer les ministres provinciaux. C'est bien ce qui a été

[Texte]

are the patient groups—again, national associations, unless they are not represented by the national associations.

It seems to me if you do not to that, it will never end. We cannot start soliciting requests to come before a legislative committee. We should remind ourselves that this issue has been thoroughly aired in 1981. There was a special committee of the House that went across the country and heard something like 70-odd groups in public. At one time it seems to me we have to get to clause-by-clause study of the bill.

• 1145

The Chairman: I will go back to Dr. Halliday and then Mr. Epp.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I have a number of . . .

The Chairman: I do not think there is an agreement in the committee to ask the task force, Doctor, at this time.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, may I address that?

The Chairman: Yes, on that point.

Mr. Halliday: That task force was unfairly represented by Mr. Breau, if I may say that. The task force is not an organ of the CMA at all. The task force is chaired by probably one of the leading consumer advocates in this country. She is not going to prejudice her reputation by allowing the CMA or any other single person to influence her report.

Mr. Breau: I am sorry. They are accountable to whom? They make a report to whom? To the CMA.

Mr. Halliday: Yes, but she is not going to allow her reputation to be tarnished by the fact that she is going to be under the control of any single group in this country. I think if they are making a tour of this country, we have an obligation at least to ask if they would like to be heard at this time. They are touring the country; they are not a local group.

Mr. Breau: But they can come with the CMA.

Mr. Halliday: They are not an association, Mr. Chairman, that . . .

The Chairman: Mr. Epp, first of all, on this point.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Breau, I think, reflects in part what happened at the steering committee meeting, but some of the very names that Dr. Halliday is putting forward—and I would hope that the committee would allow him to put those names forward, because as a committee, at least in other experiences, we have accepted the recommendation of committee members to add names. I gave a number of the same names to the steering committee, members will recall, and I did that yesterday. For instance, when I look at the list—and I am looking at the second report—I am finding it a little confusing to try to do

[Traduction]

convenu. Il y a les groupes de patients—là encore, il s'agit d'associations nationales, à moins qu'ils n'y soient pas représentés.

Il me semble qu'à procéder autrement, on ne s'en sortira jamais. Nous ne pouvons pas commencer à inviter les intéressés à comparaître devant un comité législatif. N'oublions pas que cette question a fait l'objet d'une très grande publicité en 1981. À l'époque, un comité spécial de la Chambre a voyagé et entendu quelque 70 groupes en audiences publiques. Il me semble qu'à un moment donné, nous devons en arriver à l'étude du projet de loi article par article.

Le président: Je reviendrai à M. Halliday, et ensuite à M. Epp.

M. Halliday: Monsieur le président, un certain nombre de . . .

Le président: Je ne pense pas que le Comité soit d'accord pour demander maintenant au groupe de travail de comparaître, monsieur.

M. Halliday: Monsieur le président, puis-je faire quelques remarques à ce sujet?

Le président: Oui.

M. Halliday: Je dirais respectueusement que M. Breau a mal présenté ce groupe de travail. Ce dernier n'est pas du tout un organisme de l'A.M.C. Il est présidé par celle qui est probablement l'un des meilleurs défenseurs des droits des consommateurs de notre pays. Elle ne va certainement pas compromettre sa réputation en autorisant l'A.M.C., ou toute autre personne, à influencer son rapport.

M. Breau: Je suis désolé. À qui rend-il des comptes? À qui soumet-il un rapport? À l'A.M.C.

M. Halliday: Oui, mais elle n'acceptera pas que sa réputation soit compromise en se faisant contrôler par quelque groupe que ce soit. Si ce groupe est en voyage au Canada, nous devrions au moins lui demander s'il voudrait être entendu. Ce n'est pas un groupe local, puisqu'il voyage dans le pays.

M. Breau: Mais il peut comparaître avec l'A.M.C.

M. Halliday: Ce n'est pas une association, monsieur le président . . .

Le président: Monsieur Epp, tout d'abord, à ce sujet.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Ce que dit M. Breau se justifie en partie par ce qui s'est passé lors de la réunion du Comité directeur, mais certains des noms que propose M. Halliday—et j'espère que le Comité l'autorisera à proposer ces noms, car en tant que comité, du moins dans d'autres circonstances, nous avons accepté la recommandation des membres du Comité d'ajouter des noms. Les membres du Comité se souviendront sans doute que j'ai proposé les mêmes noms hier, au Comité directeur. Par exemple, lorsque j'examine la liste—et j'en suis au second rapport—il me paraît un peu difficile d'essayer de faire deux

[Text]

two reports at the same time—names, for instance, that I had mentioned were Drs. Robillard and Roy, just to mention two. I notice that Dr. Fraser's name is now on the list; another name I put forward.

Mr. Breau: He will always be there. *L'Association des médecins de langue française du Canada*, in the second report...

Mr. Epp: Yes, in the second report it is now.

What I guess, Mr. Chairman, I am interested in is that while I recognize any committee obviously within its time-frame has to look at the witnesses that can best address themselves to a bill, a piece of legislation before us, I would hope that just because Dr. Halliday yesterday was not sitting on the steering committee—that he be given the right to put whatever names he wants as a member of the committee as a group or as individuals he feels, or anyone else on the committee feels, could be helpful to the deliberations of the committee.

The Chairman: Mr. Epp, we were giving Dr. Halliday and any others that right at the present moment. It may be that this matter could be resolved as much by having the people in each of the parties speak to the representatives on the steering committee about new names and the steering committee can take up new names in the next day or two—that sort of thing. But there is no disposition by me as the chairman at all to stop any suggestions coming from anybody on the committee, or the alternates or members of Parliament in general as far as that is concerned. But usually for convenience' sake it is a bit easier to work through the representatives of the parties on the steering committee. But that is not the be-all and end-all.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I just wanted to say I do not think there is any need to get into a hassle over this. The steering committee considered certain names, made certain decisions. If Dr. Halliday or any other member wants to put forward other names, if those are names that already have been considered by the steering committee and rejected for one reason or another, then I think we have an obligation to say why and discuss it, and then if any member, in this case, Dr. Halliday, feels strongly enough about it, the whole committee can decide. If it is just a matter of putting forward new names which have not been considered by the steering committee, then I think it is just a matter of hearing them out and the steering committee will then consider those new names.

About the CMA task force, my recollection is the reason it is not on the list is not that it is an organ of the CMA. I would agree as well that the people of the—or an extension of the CMA or anything like that. That was never discussed. The way I recall...

Mr. Breau: Of course it was.

Mr. Blaikie: No, it was not. The way I recall it was that we did not feel—and perhaps we made too hasty a judgment—that they would want to come before us before they had heard all their own evidence. They will be having hearings them-

[Translation]

rapports en même temps—les noms que j'avais mentionnés, par exemple, étaient ceux des docteurs Robillard et Roy, pour n'en mentionner que deux. Je constate qu'un autre nom que j'avais proposé, celui du docteur Fraser, se trouve maintenant sur la liste.

M. Breau: Il y sera toujours. «L'Association des médecins de langue française du Canada», dans le second rapport...

M. Epp: Oui, c'est bien dans le second rapport maintenant.

Monsieur le président, je reconnais que dans le cadre du temps dont il dispose, tout comité doit entendre les témoins qui peuvent le mieux parler d'un projet de loi, d'une mesure législative dont nous sommes saisis, mais j'espère que, bien que M. Halliday n'ait pu siéger hier au Comité directeur, il soit autorisé à proposer les noms des groupes ou des personnes dont lui-même ou tout autre membre du Comité estime la comparaison utile à nos délibérations.

Le président: Monsieur Epp, nous accordions justement ce droit à M. Halliday, ainsi qu'à tout autre membre du Comité. Une solution serait peut-être de demander aux députés de chaque parti de transmettre de nouveaux noms aux représentants du Comité directeur, qui pourraient alors les faire connaître le lendemain ou le surlendemain, par exemple. Mais en tant que président, je ne suis nullement tenu de rejeter les suggestions émanant de n'importe quel membre du Comité, de leurs remplaçants, ou même des députés en général. Mais en général, pour simplifier les choses, il vaut mieux procéder par le biais des représentants des partis au Comité directeur. Mais cela n'a rien de catégorique.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je voulais simplement dire qu'il est inutile de se quereller à ce sujet. Le Comité directeur a envisagé certains noms et pris certaines décisions. Si M. Halliday, ou un autre membre du Comité, souhaite proposer d'autres noms qu'a déjà examinés et rejetés le Comité directeur pour une raison ou une autre, nous devons la préciser, et en discuter, et si un membre du Comité, dans ce cas M. Halliday, insiste, le Comité plénier peut alors trancher. S'il s'agit simplement de proposer de nouveaux noms que le Comité directeur n'a pas examinés, il suffira d'en prendre connaissance, et le Comité directeur pourra alors en tenir compte.

Quant au groupe de travail de l'A.M.C., ce n'est pas parce que c'est un organisme de cette association qu'il ne figure pas sur la liste. Je pense aussi que les gens de... ou une extension de l'A.M.C., par exemple. Il n'a jamais été question de cela. D'après ce dont je me souviens...

M. Breau: Au contraire!

M. Blaikie: Non. Ce dont je me souviens, c'est que nous avons pensé—et peut-être à la va-vite—qu'ils ne voudraient peut-être pas comparaître devant nous avant d'avoir entendu tous leurs propres témoignages. Ce groupe tiendra de son côté

[Texte]

selves until well into March, if not until the end of March, and our feeling at that point was that, in all likelihood, they would not want to come before the committee.

• 1150

Now, if they do make a request to come before the committee and make some interim remarks about what they are hearing, I have no problems with that. I feel as Dr. Halliday does; I do not see that task force as simply a hired gun of the CMA. So I have no problems with that.

The Chairman: Doctor, I wonder if I might ask: Do you have a very long list there?

Mr. Halliday: I was just going to say I have four groups and two individuals I would like to bring to the attention of the committee, if I might.

The Chairman: Perhaps we could let Dr. Halliday give us the other names, and then we will decide where to go from there.

Mr. Halliday: The four groups, since I am in groups at the present time, Mr. Chairman... As a preamble, let me say there are two basic position groups in the country that are charged under their charter with the provision and standardization of medical care in this country, and neither appears on this list.

One is the Royal College of Physicians & Surgeons of Canada, the specialist group charged with the responsibility of determining standards for specialty care in this country. If we really care about our patients, I think this committee has to... Surely we want to go to those people and ask them what this Bill is going to do for the quality of care for our citizens of this country. The second group, their counterpart, is the College of Family Physicians of Canada, which by its charter establishes the standards for family practice and general medicine in Canada. I think those two groups... I know one wants to come, and if the other one does not want to come, I think they should at least be asked if they want to appear.

The third group which I think should be invited... It breaks a general rule that Mr. Breau and others have mentioned, and I appreciate the rule, but rules are meant to have exceptions. I think the Ontario Medical Association is such a significant body in this country that they should be heard. They represent about 14,000 or 15,000 doctors, a lot more doctors than the Ontario Medical Reform Group happens to represent, I am sure, and we will find out how many they represent. But I would say that to ignore the Ontario Medical Association, and indeed, Mr. Chairman, to ignore perhaps the B.C. Medical Association and perhaps Maritime, collectively, would be a mistake, because they are very important. If we want to have the kind of co-operation we need in this country, those groups should not be ignored.

Finally, I presume you have had some communication with provincial governments, but I would have thought some provincial governments would want to appear here. Have they been invited to appear, or are you waiting...

[Traduction]

des audiences jusqu'en mars, peut-être jusqu'à la fin de mars, et nous avons pensé que, selon toute vraisemblance, il ne tiendrait pas à comparaître devant le Comité.

S'il demande à comparaître pour présenter déjà certaines remarques à propos de ce qu'il a entendu, je n'y vois pas d'inconvénient. Je suis du même avis que M. Halliday: je ne pense pas que ce groupe de travail soit simplement un satellite de l'A.M.C. Je ne vois donc pas d'inconvénient à cela.

Le président: Docteur, puis-je vous demander si votre liste est très longue?

M. Halliday: J'allais simplement dire que je voudrais, si possible, attirer l'attention du Comité sur quatre groupes et deux personnes.

Le président: Nous pourrions peut-être laisser le docteur Halliday nous donner les autres noms, et nous déciderons ensuite que faire.

M. Halliday: Les quatre groupes, puisque j'en suis maintenant aux groupes, monsieur le président... Je voudrais dire pour commencer qu'il y a deux importants groupes canadiens responsables, d'après leur acte d'association, de fournir et de normaliser les soins médicaux au Canada, et aucun des deux ne figure sur cette liste.

Il s'agit d'abord du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, groupe de spécialistes déterminant les normes des soins médicaux au Canada. Si nous nous préoccupons vraiment de nos patients, il me semble que le Comité doit... Nous devons nous adresser à ce groupe pour lui demander quelles seront les répercussions de ce projet de loi sur la qualité des soins médicaux dans notre pays. Le second groupe, qui fait pendant au premier, est le Collège des médecins de famille du Canada, dont l'acte d'association fixe les normes de la médecine familiale et générale au Canada. Ces deux groupes... Je sais que l'un voudrait comparaître, et si l'autre n'y tient pas, il faudrait au moins lui demander s'il souhaite comparaître.

Le troisième groupe qu'il faudrait inviter... Cela va à l'encontre d'une règle générale qu'ont mentionnée M. Breau et d'autres membres du Comité, et je reconnais la valeur de cette règle, encore que toute règle doit avoir des exceptions. Je pense que l'*Ontario Medical Association* est une organisation très importante et, de ce fait, il faut lui donner la parole. Elle représente quelque 14,000 ou 15,000 médecins, beaucoup plus que l'*Ontario Medical Reform Group*, j'en suis convaincu, et nous verrons quel est le nombre de ses membres. Mais je voudrais dire que ce serait une erreur que de ne pas tenir compte de l'*Ontario Medical Association*, de la *B.C. Medical Association*, et de celle des Maritimes, car ce sont toutes des associations très importantes. Il ne faudrait pas négliger ces groupes si nous tenons à ce qu'une coopération nécessaire s'instaure au Canada.

Pour terminer, vous avez sans doute communiqué avec des gouvernements provinciaux, mais j'aurais cru que certains d'entre eux voudraient comparaître ici. Les a-t-on invités, ou est-ce que vous attendez...

[Text]

The Chairman: On that point, Dr. Halliday, the provincial governments, through their Ministers of Health, have all been invited to appear. There has been a great amount of interest in it. If you will note . . . Perhaps it is not before you, but three or four have now agreed to come and one or two others may well be coming.

Mr. Halliday: Their names do not appear here.

The Chairman: No. Then I will just let Dr. Halliday finish.

Mr. Halliday: Altogether, I guess we have five professors of one type or another who are experts in one aspect of health care. There are two obvious people missing, names that are probably equally as well known, if not better known, than the ones that appear on the list now.

One would be Professor Ruderman from Dalhousie, who in my experience, has probably been around this country involved in health care administration and that sort of thing longer than any of the ones we see on the list, or most of them anyway. He is a very knowledgeable man in this whole area. The second person, who is a counterpart to the witness we had today, would be Professor Bloomquist from the University of Western Ontario. I think we need a counterpart after what we heard this morning.

Mr. Blaikie: You did not like that, did you?

Mr. Halliday: No, it was very interesting. I enjoyed it; I did like it. But I think we obviously need a counterpart to that as well, because if we are going to be fair to ourselves and the people we represent, we should be hearing both sides of these stories. I think he is as provocative on the other side as Professor Manga was today.

So those are the two other individuals I think should be heard for sure, as well as those various groups I mentioned.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just on that, I think we could have saved ourselves a number of these things if this report had been more reflective and accurate as to what actually went on in the steering committee meeting, because Professor Ruderman was suggested by Mr. Epp and his name is not on here. I do not recall his name being rejected.

• 1155

We did, in my recollection, regard the anaesthetists as an umbrella of the CMA and for that reason, at that point, we were not going to put them on this list initially, we were going to have a question mark beside them. They are on the list. We talked about hearing . . . we already had Ministers of Health who wanted to appear, we have dates scheduled for them, and they are not in the report. If we want to report on the steering committee, we should at least have a report that reflects what went on at the steering committee, so that people do not have to ask questions to which there already should have been answers, and we can save ourselves a lot of time in the future.

[Translation]

Le président: À cet égard, docteur Halliday, les gouvernements provinciaux, par le biais de leur ministre de la Santé, ont tous été invités à comparaître. Ils se sont montrés extrêmement intéressés. Vous constaterez . . . Ce n'est peut-être pas devant vous, mais trois ou quatre ont déjà accepté de venir, et un ou deux autres pourraient aussi le faire.

M. Halliday: Je ne vois pas leurs noms ici.

Le président: Non. Je laisserai le docteur Halliday terminer son intervention.

M. Halliday: En tout, je crois que nous avons cinq professeurs de diverses spécialités des soins médicaux. Deux personnes manquent évidemment, alors que leurs noms sont probablement aussi bien connus, sinon mieux, que ceux qui figurent maintenant sur la liste.

Il y aurait d'abord le professeur Ruderman, de Dalhousie, qui s'est occupé de l'administration des soins médicaux et de ce genre de questions, au Canada, depuis plus longtemps que tous ceux dont les noms figurent sur la liste, ou du moins que la plupart d'entre eux. Il est très expert dans toute cette question. La seconde personne, qui est la contrepartie du témoin que nous avons entendu aujourd'hui, serait le professeur Bloomquist, de l'université *Western Ontario*. Je pense que nous avons besoin d'entendre la contrepartie du témoignage de ce matin.

M. Blaikie: Il ne vous a pas plu, n'est-ce pas?

M. Halliday: Non, c'était très intéressant. Je m'y suis intéressé. Mais je pense que nous avons de toute évidence besoin aussi d'une contrepartie, car, pour être juste envers nous-mêmes et envers ceux que nous représentons, nous devons entendre les deux côtés de ces histoires. Selon sa perspective, je pense qu'il présentera un exposé aussi percutant que celui du professeur Manga aujourd'hui.

Voilà donc les deux autres personnes que nous devrions sans doute entendre, de même que les différents groupes que j'ai cités.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, à ce propos, je pense que nous aurions pu nous épargner un certain nombre de ces questions si le rapport avait davantage tenu compte de ce qui s'est effectivement passé lors de la réunion du Comité directeur, car M. Epp avait proposé le professeur Ruderman, et son nom ne figure pas ici. Je ne me souviens pas que son nom ait été rejeté.

D'après ce dont je me souviens, nous avons considéré que les anesthésistes chapeautaient l'A.M.C., et pour cette raison, nous avons renoncé à les intégrer initialement à cette liste, et nous allions faire précéder leurs noms d'un point d'interrogation. Ils sont sur la liste. Nous avons parlé de comparution . . . nous avons déjà des ministres de la Santé qui voulaient comparaître, avec des dates prévues; or, cela n'est pas dans le rapport. Si nous voulons informer au sujet du Comité directeur, il faudrait pour le moins que le rapport traduise bien ce qui s'est passé au Comité directeur, afin que les gens n'aient pas à poser des questions pour lesquelles des réponses ont déjà

[Texte]

The Chairman: Mr. Blaikie, I think it is probably fair to say that there were a number of question marks that the committee put against names late yesterday afternoon at our steering meeting. The clerk, I am sure, did the best she could in a very limited time. There obviously are some other names that are going to be considered; this is not an exclusive list, by any means. We did talk in terms of the general principles, and Mr. Breau and others talked, in general, about whom to see and whom not to see in certain categories.

We have Dr. Halliday's names on the record now. That is what the committee here is for—one reason—to get these names on, to get your comments on the record, because the steering committee meetings, of course, are not on the record, though the reports summarize what happens. Could I suggest that perhaps the steering committee, in the next couple of days, review the names, and also perhaps any other names that come from any members of the committee, and we will have a report later this week.

Mr. Breau: Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: Just for the record, before we end, I think part of the comments of Mr. Blaikie are not exactly fair to the clerk and the staff. The kinds of schedules that were before the steering committee yesterday are not of the type that could be reported, because some of them were not confirmed; there is an awful lot of footwork to be done, or telephone work to be done, to firm them up. I do not think the steering committee yesterday had, as a view, finalizing a program. We deliberately said at the end that we would agree on those general groups—which may include some of Dr. Halliday's people, which may include others. It was not meant to be exclusive or restrictive. We agreed to give the discretion to the chairman to call witnesses as they came forward. So, I do not really think we expected the kind of report that would be detailed, because I do not think that was physically possible on the part of the staff. Some of those people, if Mr. Blaikie will recall, had been confirmed before; we changed them around. Before you slot people into a program, you have to make sure they can get here.

The Chairman: I will just get Mr. Epp and then Mr. Blaikie, then perhaps we could have a determination on this.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I would like another opportunity to discuss point number two of the second report, but I will do it at another time, because I think it is another point.

I just want to get back to witnesses. Steering committee members will recall that *Extendicare* was also mentioned yesterday and it was mentioned today again by our witness; that is the whole question of privatization in the health care field. While some of us might have some difficulties with the concept, I think it is fair that we reconsider that as well, as a committee. I know yesterday . . . I think I mentioned *Extendicare*; if I did not, it was somebody else—I would be glad to

[Traduction]

été données, et que nous puissions nous épargner beaucoup de temps à l'avenir.

Le président: Monsieur Blaikie, il est probablement juste de dire que le Comité avait fait précéder un certain nombre de noms de points d'interrogation, hier matin, lors de la réunion du Comité directeur. Je suis sûr que le greffier a fait de son mieux, dans des délais très brefs. Il faudra évidemment envisager d'autres noms; cette liste n'est nullement exclusive. Nous avons parlé de principes généraux, et M. Breau et d'autres ont parlé de façon générale de ceux qu'il faudrait voir ou non dans certaines catégories.

Nous avons maintenant au compte rendu les noms proposés par le docteur Halliday. C'est l'une des raisons d'être du Comité, d'avoir ces noms, de même que vos remarques, puisque, naturellement, les réunions du Comité directeur ne sont pas enregistrées, encore que le rapport résume ce qui se passe. Puis-je proposer que lors des prochains jours, le Comité directeur revoie les noms, et peut-être d'autres encore émanant de n'importe quel membre du Comité; nous aurons un rapport plus tard cette semaine.

M. Breau: Monsieur le président.

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: Je tiens à dire, avant de terminer, qu'une partie des remarques de M. Blaikie ne sont pas tout à fait justes envers le greffier et le personnel. Les calendriers soumis hier au Comité directeur ne pouvaient pas être enregistrés, car certains d'entre eux n'étaient pas confirmés; cela exige énormément de va-et-vient et de coups de téléphone à donner. Je ne pense pas qu'hier, le Comité directeur ait, dans l'ensemble, déterminé un programme définitif. Nous avons délibérément dit à la fin que nous accepterions les groupes généraux—ce qui peut inclure les noms proposés par le docteur Halliday, et d'autres encore peut-être. La liste ne devait pas être exclusive ou restrictive. Nous avons convenu de charger le président de convoquer les témoins qui se présenteraient. Je ne pense donc pas vraiment que nous nous attendions à ce que le rapport soit détaillé, ce qui eut été physiquement impossible de la part du personnel. Si M. Blaikie s'en souvient, certaines de ces personnes avaient déjà été confirmées; nous avons changé leur date de comparution. Avant d'insérer certaines personnes dans un programme, il faut s'assurer qu'elles pourront venir ici.

Le président: Je passerai la parole à M. Epp, puis à M. Blaikie, et nous pourrions ensuite trancher à ce sujet.

M. Epp: Monsieur le président, je voudrais avoir une autre occasion de discuter du deuxième point du second rapport, mais je le ferai une autre fois, car il s'agit d'autre chose. Je voudrais revenir aux témoins.

Les membres du Comité directeur se souviendront que *Extendicare* avait été aussi mentionné hier, et que notre témoin en a aussi parlé aujourd'hui; il s'agit de toute la question de la privatisation du champ des soins médicaux. Bien que certains d'entre nous puissent rencontrer certaines difficultés au sujet de ce concept, il me paraît juste de le revoir aussi, en tant que comité. Je sais qu'hier . . . Je pense avoir mentionné *Extendicare*; autrement, quelqu'un d'autre l'a fait;

[Text]

be corrected. You mentioned it? Okay, but I think I raised it. I just want to say quite openly that I know the clerk, in carrying out her responsibilities, had called them yesterday and said that they were not going to be asked to appear as witnesses. I would want us to reconsider that as well.

The Chairman: Mr. Blaikie—before we make a determination.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, a lot of the people who are listed on the second report have not been firmed up; we do not know when they are going to appear, etc., or if they want to, so that does not distinguish them from the people who are not on the list. All I am saying, and I would stand by it, is that the report is not comprehensive enough as to what went on at the steering committee meeting.

Mr. Breau: Because we did not make it comprehensive enough.

Mr. Blaikie: We did not make any comprehensive decisions with regard to these groups, except that, if they wanted to appear, we were at the point of saying that we would hear them. That is also the case with the Ministers of Health, yet that is not reported in this report and I see no reason why it could not have been. That is the only point I am making. With respect to *Extendicare*, it did come up and, at that point, there were a number of us who said that we would not hear them and there was no objection at that point, so we moved on.

• 1200

The Chairman: Well, may we handle it . . . ? Mr. Foster.

Mr. Foster: Mr. Chairman, I wonder if the solution might be that we would . . . All that this report is saying is to extend an invitation to this group. There have been a number of other suggestions made, and it may be in a subsequent report of the committee. It looks to me like we have got about a month or two of work there already, if all those people accept. In a subsequent report to the committee, in a week or so, all the other suggestions could be considered and a report brought forth regarding those.

The Chairman: Members of the committee, I think perhaps we can go back to the First Report. Could you look at the First Report? I would like to get the approval of that report, if that is your wish. I think it is fairly uncontroversial, but I am in your hands. Are there any questions about the First Report?

Mr. Breau: Mr. Chairman, I think we have to consider both reports together. I would suggest to you that you should put the discussion and the vote on the two reports. They are not exclusive. Nothing in these reports prevent you from adding people to the list, if they fit into the general groups that we discussed yesterday.

[Translation]

n'hésitez pas à me corriger. Vous en avez parlé? Très bien, mais je pense avoir aussi soulevé cette question. Je voudrais dire très franchement que dans le cadre de responsabilités, le greffier les avait appelés hier pour leur dire que l'on n'allait pas leur demander de comparaître comme témoins. Je voudrais que nous envisagions cela aussi.

Le président: Monsieur Blaikie . . . avant de pouvoir trancher.

M. Blaikie: Monsieur le président, beaucoup de gens qui sont inscrits sur le second rapport n'ont pas été confirmés; nous ne savons pas quand ils vont comparaître, etc., ou s'ils souhaitent comparaître, de sorte que cela ne les distingue pas de ceux qui ne se trouvent pas sur la liste. Tout ce que je veux dire, et je m'y tiendrai, c'est que le rapport ne traduit pas de façon suffisamment fidèle ce qui s'est passé lors de la réunion du Comité directeur.

M. Breau: Parce que nous n'en avons pas fait un rapport exhaustif.

M. Blaikie: Nous n'avons pas pris d'importantes décisions à propos de ces groupes, sauf pour dire que s'ils souhaitaient comparaître, nous étions au point de dire que nous les entendrions. Il y a aussi la question des ministres de la Santé; or, il n'en est pas question dans ce rapport, et je ne vois pas pourquoi. C'est tout ce que je voulais dire. En ce qui concerne *Extendicare*, il en a été question, et à un moment donné, un certain nombre d'entre nous ont dit que nous ne voulions pas les entendre, ce qui n'a soulevé aucune objection, et nous sommes donc passé à autre chose.

Le président: Eh bien, pourrions-nous nous en occuper? Monsieur Foster.

M. Foster: Monsieur le président, la solution consisterait peut-être pour nous . . . En fait, le rapport précise simplement que nous avons invité le groupe à déposer. Plusieurs autres propositions ont été formulées, qui pourraient fort bien se retrouver dans un rapport ultérieur du Comité. Il me semble que nous avons déjà pour un mois ou deux de travail devant nous si tous ces gens acceptent notre invitation. Peut-être dans un rapport ultérieur présenté au Comité, mettons dans une semaine, par exemple, toutes les autres propositions pourraient être reprises et faire l'objet d'un rapport.

Le président: Peut-être pourrions-nous maintenant revenir au premier rapport, si vous le voulez bien. Pourriez-vous y jeter un coup d'oeil? J'aimerais qu'il soit adopté, à condition, bien sûr, que vous soyez d'accord. C'est un rapport qui ne prête pas à controverse, mais j'attends votre décision. Avez-vous des questions à propos du premier rapport?

M. Breau: Monsieur le président, je pense que nous ne devrions pas dissocier les deux rapports. Je propose que vous mettiez en délibération les deux rapports en même temps et que le vote s'effectue de la même façon. J'ajouterai que ces rapports ne sont pas limitatifs, car ils ne contiennent rien qui vous empêche d'ajouter d'autres noms à la liste si ces gens peuvent s'intégrer aux groupes plus généraux dont nous avons parlé hier.

[Texte]

The Chairman: I had in mind that Mr. Epp wanted to comment on paragraph 2 in the Second Report.

Mr. Epp: I can do that now, if the committee members are willing.

The Chairman: It is not our intention to close off anything at the moment at all, but we do want to kind of get some background for the chair and for the clerk to proceed with; invitations and that sort of general idea.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. On point number two, I would like that paragraph amended. I think members of the steering committee will recall that we had a discussion as to the length of time which would be devoted to the hearing of witnesses, and I believe it was Mr. Breau who made the point that . . . I think it was his preference that he would like to see witnesses generally concluded in this week and the next week. In other words, two weeks for witnesses. I think there was agreement then that we extend the hearing of witnesses up to the time of the commencement of the parliamentary break at the end of February.

Mr. Breau: Thursday, February 23.

Mr. Epp: February 23. And I think the committee report should reflect that there was agreement that we hear witnesses up to February 23.

Mr. Breau: Yes.

The Chairman: I think there is agreement on that, and that was decided.

Mr. Breau: I think Mr. Epp, because I had a word with Mr. Weatherhead after, I think the reason that you only slated up to the 21st. was to leave some free time, from the 21st. to the 23rd., in case of some last minute changes.

Mr. Epp: I have no difficulty with that. I just wanted . . .

Mr. Breau: Certainly the agreement is that we schedule up to the 23rd., if necessary.

Mr. Blaikie: That is on the record now anyway.

The Chairman: Looking at both reports now, I am going to call for the approval of both reports. Are there any further comments on both reports?

Mr. Halliday: Just for clarification. Are we going to be provided with the list of those names before we meet again? Can we have that list of those who . . .

The Chairman: I think we can have them, the clerk says, by 3.30 p.m. this afternoon, when we meet again.

Mr. Halliday: That is fine.

Mr. Epp: Mr. Chairman, just one other clarification. I do not want to prolong this. I think Dr. Halliday made a very valid point. When you look at the First Report and the Second Report . . . and he mentioned various organizations such as the

[Traduction]

Le président: Je pensais que M. Epp avait quelque chose à dire à propos du deuxième paragraphe du deuxième rapport.

M. Epp: Je puis le faire immédiatement si le Comité est d'accord.

Le président: Nous n'avons pas l'intention de fermer quelque porte que ce soit pour l'instant, mais la présidence devrait au moins avoir une idée générale de la situation, pour que le greffier puisse prendre les initiatives qui s'imposent, par exemple lancer les invitations.

Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Pour ce qui est du deuxième paragraphe, j'aimerais qu'il soit modifié. Les membres du Comité directeur se souviendront que nous avions en effet discuté de la période que nous allions consacrer à l'audition des témoins, et c'était, je crois, M. Breau qui avait signalé qu'il préférerait, quant à lui, entendre tous les témoins cette semaine et la semaine prochaine. En d'autres termes, nous aurions donc deux semaines pour entendre les témoins. Je pense également que nous étions d'accord pour prolonger cette période consacrée à l'audition des témoins jusqu'au début de la semaine de relâche parlementaire, à la fin du mois de février.

M. Breau: Le jeudi 23 février.

M. Epp: C'est cela. Et pour moi, le rapport du sous-comité devrait mentionner le fait que nous sommes effectivement convenus d'entendre des témoins jusqu'au 23 février.

M. Breau: C'est cela.

Le président: Je pense que nous sommes effectivement d'accord et que c'est ce que nous avons décidé.

M. Breau: J'ajouterais, monsieur Epp, et j'en ai parlé ultérieurement à M. Weatherhead, que la raison pour laquelle nous n'avons établi notre calendrier que jusqu'au 21 était précisément de nous laisser une petite marge de manoeuvre jusqu'au 23, en cas de modification de dernière minute.

M. Epp: Je n'ai rien à redire à cela. Je voulais simplement . . .

M. Breau: Mais nous restons néanmoins d'accord sur l'audition des témoins jusqu'au 23, si cela s'impose.

M. Blaikie: Vous l'avez dit, le compte rendu en fera donc état.

Le président: Pour en revenir aux deux rapports, j'aimerais que vous donniez votre assentiment. Y a-t-il autre chose à ajouter à ce propos?

M. Halliday: Une petite précision, je vous prie. Allez-vous nous communiquer la liste des témoins avant notre prochaine réunion? Pouvons-nous avoir une liste des gens qui . . .

Le président: Le greffier me signale que nous pourrions l'avoir pour la séance de 15h30 cet après-midi.

M. Halliday: C'est parfait.

M. Epp: Une autre précision, si vous le permettez, monsieur le président. Je ne veux pas faire durer les choses, mais je pense que M. Halliday a formulé un argument très valable, car, si nous nous penchons sur le premier et sur le deuxième

[Text]

OMA, for example—and you take a look, on the other hand, that we have scheduled... There are two separate lists, obviously. The Ontario Medical Reform Group. I have no difficulty in hearing both of them. I think we will just have to keep in mind, when we look at it once again, that the committee has really not totally followed the principle of one spokesman per organization. I think we have got to keep that in mind as well.

Mr. Breau: Mr. Chairman, we did invite the Association of Independent Physicians of Ontario and the reason we did ask those two groups—the Ontario Medical Reform Group and this one—is because they are the only ones in the country who want to express themselves differently from the others. So that is not breaking from the general rule I thought we had, because we did invite the Independent Physicians...

Mr. Epp: That is all right, but I just wanted to comment...

The Chairman: That is right. It is on the record now, in both instances. My understanding is that I will call for the approval of both reports, and the steering committee will meet within the next couple of days.

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Just on that, Mr. Chairman, I think we are seeing the development of a serious problem with respect to the steering committee, because we take some decisions on the steering committee and then people want to be on the record on the general committee differently than they were in the steering committee.

• 1205

We decided in the steering committee that we were not going to hear provincial associations; in this case medical associations. One of the reasons was that if we then did that, we would want to hear the Ontario Medical Association, we want to hear the Ontario Health Coalition, we would want to hear the B.C. Medical Association, and we would want to hear the B.C. ... and that is fine. I will hear them all. But let us not agree to one thing, a general principle, and then when it is brought up in the general committee start to waiver and make other people who were a party to the steering committee decision look as if they somehow did not want to hear these people because we did arrive at a general view that we were not going to hear provincial medical associations. Ontario does not get any exceptions, as far as I am concerned.

An hon. Member: Hear, hear.

The Chairman: All right. We have the comments now. Is there approval for the first and second reports of the steering committee?

Some hon. Members: Agreed.

[Translation]

rapport—il a parlé de diverses organisations, comme l'A.M.O. par exemple—et si vous examinez comparativement l'autre liste que nous avions prévue... Il y a donc deux listes différentes, c'est certain. Il y a le *Ontario Medical Reform Group*. Je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas entendre les deux groupes. Il s'agira simplement, lorsque nous réexaminerons la question, de ne pas oublier que le Comité n'a pas vraiment entièrement souscrit au principe qui veut que nous n'entendions qu'un porte-parole par organisation. Je pense que nous ne devrions pas l'oublier non plus.

M. Breau: Monsieur le président, nous avons invité l'Association des médecins indépendants de l'Ontario, et la raison pour laquelle nous avons demandé à ces deux groupes—le *Ontario Medical Reform Group* et celui-ci—c'est parce que ce sont les deux seuls groupements, dans tout le Canada, qui veulent avancer un point de vue différent de tous les autres organismes. Le fait d'avoir invité les médecins indépendants ne constitue donc pas, à mon sens, une violation du principe général auquel nous avons, je crois, souscrit...

M. Epp: Tout cela est parfait, mais je voulais simplement signaler...

Le président: Parfait. Quoi qu'il en soit, le compte rendu va en faire état. Je vais maintenant demander que les deux rapports soient adoptés, étant entendu que le Comité directeur va se réunir d'ici quelques jours.

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Dans le même ordre d'idées, monsieur le président, je pense que nous allons avoir de gros problèmes au niveau du Comité directeur, en ce sens que ce dernier prend des décisions, alors qu'en comité plénier, les membres veulent exprimer des opinions en sens contraire.

Nous avons décidé en comité directeur de ne pas entendre les associations provinciales, en l'occurrence les associations médicales. L'une des raisons invoquées avait été que, si nous le faisons, nous allions devoir entendre l'Association médicale de l'Ontario, la Coalition ontarienne pour la santé, l'Association médicale de la Colombie-Britannique... Pourquoi pas, me direz-vous? Moi, je suis prêt à les entendre toutes. Mais de grâce, abstenons-nous d'accepter un principe général pour ensuite, en comité plénier, commencer à faire des exceptions, ce qui revient à sous-entendre que les membres du Comité directeur ont pris leur décision comme s'ils ne voulaient pas justement entendre ces groupes-là, étant donné que nous étions effectivement convenus, d'une façon générale, de ne pas inviter les associations provinciales. En ce qui me concerne, je ne vois pas pourquoi l'Ontario pourrait faire exception à cette règle.

Une voix: Bravo!

Le président: D'accord. Tout le monde a dit ce qu'il avait à dire. Le premier et le deuxième rapports du Comité directeur sont-ils adoptés?

Des voix: Adoptés.

[Texte]

The Chairman: The committee is adjourned until 3.30 p.m. this afternoon.

AFTERNOON SITTING

• 1538

The Chairman: I will call the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order. We are studying Bill C-3, the Canada Health Act, and we are happy to have before us this afternoon members of the Ontario Medical Reform Group. I gather Dr. Michael Rachlis, who is also a member of the board of directors, or a director, of the Ontario Health Coalition, is here.

Doctor, I wonder if you would introduce the other members of the delegation this afternoon and then we would like a short opening statement. We have just received your brief, but we would like to spend a fair amount of time on the questioning, so perhaps on that basis you could proceed.

Dr. Michael Rachlis (Ontario Medical Reform Group): Thank you very much. I am very pleased to be here this afternoon and to have been asked by the committee.

To introduce the delegation that has come with me, on my immediate left is Dr. Fran Scott, who is a family physician and resident in community medicine at McMaster University. On her left is Dr. Joel Lexchin, who is an assistant clinical professor of medicine at McMaster University and works in the emergency department in Hamilton. On my right is Dr. John Frank, who is an assistant professor of medicine at the University of Toronto in the Department of Preventive Medicine and Biostatistics. Myself, I am also the Clinical Coordinator of the South Riverdale Community Health Centre in Toronto.

• 1540

What we would like to do is just spend a few minutes outlining our main comments on the Canada Health Act. Generally speaking, I can say that our group is pleased with the proposed act in that it states that it intends to safeguard the principles of medicare, such as universality of coverage and reasonable accessibility of services without financial impediments. We feel that these principles, which were first put into legislation in the Hospital and Diagnostic Services Act of 1957 and in the Medical Care Act following that in 1966, do need safeguarding. We are pleased that this bill intends to do that. We do have some concerns about the legislation, that it may not meet its ends, and we would like to comment on that.

Firstly, the problem of accessibility. The proposed legislation mentions that there are penalties proposed for provinces which allow their physicians to opt out and directly bill their patients. As I mentioned, we in the Medical Reform Group see that extra-billing is a problem. In fact, I have an example from my own practice in Toronto where one of my patients, a 16-year old girl, has a rare congenital eye disorder and needs operations on both her eyes. She was referred by the Hospital for Sick Children's clinic to a private ophthalmologist who has

[Traduction]

Le président: La séance est levée jusqu'à 15h30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: J'ouvre la séance de ce Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales. Nous étudions le Bill C-3, Loi canadienne sur la santé, et nous avons le plaisir de recevoir cet après-midi des membres de l'*Ontario Medical Reform Group*. Je crois savoir que le docteur Michael Rachlis, qui est également membre du conseil d'administration de l'*Ontario Health Coalition*, est ici.

Monsieur, si vous voulez bien nous présenter les membres de votre délégation qui vous accompagnent aujourd'hui, avant de faire une brève déclaration préliminaire. Nous venons juste de recevoir votre mémoire, et nous souhaitons disposer de pas mal de temps pour vous poser des questions, et je vous prie donc d'être assez bref.

Dr Michael Rachlis (Ontario Medical Reform Group): Je vous remercie. C'est un honneur pour nous d'avoir été invités par le comité à venir cet après-midi.

Pour vous présenter les autres membres de ma délégation, à ma gauche se trouve le docteur Fran Scott, qui est médecin généraliste et professeur résident en médecine communautaire à l'université McMaster. À sa gauche, le docteur Joel Lexchin, qui est professeur adjoint en médecine clinique à l'université McMaster et travaille au service d'urgence de Hamilton. À ma droite, vous avez le docteur John Frank, qui est professeur adjoint de médecine à l'Université de Toronto, au département de médecine préventive et de biostatistique. Moi-même, qui suis également coordinateur clinique du Centre de santé communautaire de South Riverdale, à Toronto.

Nous voudrions consacrer quelques minutes à vous exposer de façon sommaire notre position concernant la Loi canadienne sur la santé. Dans l'ensemble, notre groupe est satisfait de ce projet de loi, dans la mesure où il réaffirme les principes essentiels de l'assurance-maladie, tels que l'universalité et la gratuité. Nous pensons que ces principes, qui ont été intégrés à l'origine dans la Loi sur les services hospitaliers et de diagnostics de 1957 puis dans la Loi sur l'assurance-maladie en 1966, doivent être sauvegardés. Nous sommes heureux de constater que ce projet de loi vise précisément à le faire mais nous craignons qu'il n'y parvienne pas toujours et nous souhaitons exposer ces craintes.

Tout d'abord, le problème de l'accessibilité. Le projet de loi prévoit des pénalités frappant les provinces qui permettent à leurs médecins de se déconventionner et de facturer directement leurs patients. Ainsi que je l'ai dit, nous au groupe de la réforme médicale, considérons la surfacturation comme un problème. Je peux vous citer à ce sujet un exemple que j'ai vu à mon cabinet à Toronto, celui d'une jeune fille de 16 ans souffrant d'une infection congénitale rare et qui nécessite une opération aux deux yeux. L'Hôpital des enfants malades l'a

[Text]

opted out of the health care plan. The mother did not realize that until she got to his office. Subsequently, the doctor performed an operation on one eye and will be doing the other eye shortly. Over about 18 months the total extra bills above what OHIP will reimburse will amount to around \$400 to \$500. This is for a family of four with an income of around \$14,000. In this example the patient has been told that she could ask the doctor to waive the fees. We have even said that we would ask for her. But the mother is concerned that the care her daughter will be given will be different if she says that she cannot afford to pay the extra fees; and she is proud. This is one example from my practice.

There are other anecdotal ones we can raise of where in fact extra-billing does occur it does hurt people, and where people do not feel they can ask for those bills to be waived. We are pleased to see that the legislation intends to get provinces to deal with extra-billing, but we are concerned that in the proposed act the penalties suggested, \$1 for every dollar of extra-billing allowed in the province, may not be sufficient to prevent some provinces, such as Ontario, from outlawing extra-billing. In fact, of course, officials from the Ontario government have said that they might consider it to be a rather cheap licence fee—to lose \$50 million a year from their federal transfer to continue the practice.

We are also concerned that the information systems in the Province of Ontario do not allow the federal government, or the provincial government for that matter, to capture the amount of extra-billing that is done. In fact, we do not know the total bill of extra-billing. The federal government has estimated \$50 million, but we cannot know for sure with the information systems presently in place.

As a group, we would like to propose to the members of this committee, and the provinces, that they investigate a system of merit pay which we have heard is practised in Great Britain. This is because one of the questions that the medical associations raise is that many fine doctors will leave the country if they are not allowed to extra-bill, or that there is a flat-fee schedule so a doctor who has just graduated can bill as much as a doctor who has been in practice for 20 years.

We do see that there is a problem with the lack of reward for excellence in our system, but we do not see the answer as taxing sick people, which an extra bill amounts to. We would like to propose that the committee, and provinces, study a system where doctors would be given a certain budget to allocate to their colleagues on the basis of excellence that they would then define. That would mean therefore that doctors as a group could decide who amongst themselves deserve more, rather than individual physicians who opt out. We all know many fine doctors who are operating within their health insurance plans. There certainly is no evidence that the best doctors are most likely to opt out.

• 1545

As for fees, we have a concern that even though in Ontario there are no user fees for acute hospitalization, the proposed

[Translation]

envoyée à un ophtalmologue privé qui n'était pas conventionné. La mère de cette jeune fille ne s'en est rendu compte qu'une fois arrivée à son cabinet. Ce médecin a par la suite exécuté une opération sur un oeil et opérera l'autre prochainement. En 18 mois, le montant des factures supplémentaires que l'OHIP ne rembourse pas va atteindre de 400\$ à 500\$. Il s'agit-là d'une famille de quatre personnes ne disposant que d'un revenu de 14,000\$. La patiente a été informée qu'elle pouvait demander au médecin de renoncer à ses honoraires. Nous lui avons même affirmé que nous en ferions la demande pour elle. Mais la mère craint que sa fille soit moins bien soignée si elle ne paie pas les honoraires demandés et elle aurait honte de demander une faveur. Voilà un exemple tiré de ma pratique.

On pourrait citer d'autres cas montrant que la surfacturation constitue un fardeau et où les intéressés n'osent pas demander d'exemption. Nous saluons donc ce projet de loi qui cherche à contraindre les provinces à supprimer la surfacturation mais nous craignons que les sanctions prévues, soit un dollar pour chaque dollar de surfacturation autorisé par la province, ne suffise pas à inciter certaines d'entre elles, comme l'Ontario, à supprimer cette pratique. De fait, des fonctionnaires du gouvernement ontarien nous ont dit que de perdre 50 millions de dollars par an de versements fédéraux ne générerait pas beaucoup la province.

Nous craignons également que l'absence de renseignements statistiques n'interdise au gouvernement fédéral, et même au gouvernement provincial, de déterminer le montant total de la surfacturation qui se pratique. Le gouvernement fédéral l'estime à 50 millions de dollars mais nous n'aurons aucune certitude aussi longtemps que les moyens statistiques n'existeront pas.

Par ailleurs, notre groupe incite les membres de ce Comité, ainsi que les provinces, à rechercher un système de rémunération au mérite comme cela se fait en Grande-Bretagne. En effet, les associations de médecins proclament que de nombreux médecins de grande compétence s'expatrieront si on ne leur permet pas de surfacturer ou si on leur impose un barème d'honoraires fixes qui fait qu'un médecin tout juste diplômé touche autant qu'un autre qui a vingt années d'expérience.

Nous reconnaissons que le système actuel récompense mal la compétence mais nous ne pensons pas que la solution soit de taxer les malades, car la surfacturation revient à cela. Nous proposons donc au Comité, ainsi qu'aux provinces, de rechercher un système dans lequel les médecins recevraient une enveloppe budgétaire globale à répartir entre leurs membres sur la base de leur mérite, mérite dont ils définiront eux-mêmes les critères. Ainsi, les médecins pourraient décider eux-mêmes, collectivement, lesquels d'entre eux méritent plus, plutôt que de laisser les médecins individuels pratiquer la surfacturation. Nous connaissons tous de nombreux médecins excellents qui restent conventionnés et rien n'indique que ce soit les meilleurs qui sont les plus enclins à se déconventionner.

Pour ce qui est des redevances d'hôpital, bien que l'Ontario ne reçoive pas de redevances pour l'hospitalisation dans des

[Texte]

legislation would only require estimates of user fees to be submitted, as it requires only estimates of the amount of extra billing; and we are also concerned that the penalties for user fees and extra billing, even though they are supposed to be a dollar for every dollar of those fees, in fact are discretionary, and the Cabinet may decide to lift those penalties.

We are concerned, particularly in Ontario, about the universality provisions. As the committee no doubt knows, there are three provinces, the three wealthiest provinces of this country, that levy premiums for health care. They are Ontario, British Columbia, and Alberta, and we are concerned that they in fact constitute a regressive form of taxation.

We also see people who suffer because of that. Last month I had a 52-year-old man who came into my office. He had suffered a car accident last summer, and because he is self-employed at physical labour, he could not work. His OHIP lapsed and he did not know about the provincial premium assistance program, as many people in Ontario do not, and therefore when his OHIP ran out, his doctor started charging him \$10 to \$15 a visit. He was also diagnosed with diabetes and needed constant follow-up. He concluded that he could not afford to see a doctor—and this is Canada, I should add. He decided that he could not afford to spend \$10 or \$15 to see a doctor, and did not see one for three months. When he came to see me, his diabetes was of course markedly out of control. Now we have got him to sign papers so he can get his OHIP premium assistance, etc. He is going to get followed up.

I think it is important for members of the committee to know that there are people in this country who have to pay to see a doctor, or think they have to pay to see a doctor. In fact, the worst deterrents of the premium system and extra billing are often that the persons themselves think they cannot get service. So even if a province—as Ontario says, people can get assistance with their premiums—if they think they cannot afford to see a doctor and they do not, and they suffer because of it, then the effect is the same.

Finally, I would like to finish up by saying that although the proposed Canada Health Act really only deals with financing of health care, and we know that, we want to add that as a doctors' organization we do see that there are other issues which are important within our health care system, and we hope that after the Canada Health Act is made law, in this country, at the federal level and at the provincial level, we can get down to those important questions, such as the distribution of services, such as the delivery of services. In this country we can get many fine sophisticated treatments for rare illnesses, but in fact in many of our cities we cannot find a doctor to make a house call for an older person. So there are a lot of other issues that we would like to get on to after the Canada Health Act is finished and we hope that the politicians of this country at the federal and provincial levels will show as much interest in reforming the health care system after the proposed health act is passed as they have shown in the discussions about medicare.

[Traduction]

établissements de soins actifs, nous nous préoccupons de ce que le projet de loi exige seulement des estimations du montant de ces redevances, de même que du montant de la surfacturation totale; nous nous préoccupons également de ce que les sanctions prévues restent discrétionnaires, c'est-à-dire que le gouvernement pourrait décider de les lever entièrement.

Nous nous préoccupons, et tout particulièrement dans le cas de l'Ontario, des dispositions concernant l'universalité. Ainsi que vous le savez sans aucun doute, ce sont les trois provinces les plus riches du pays qui perçoivent des primes d'assurance-maladie, à savoir l'Ontario, la Colombie-Britannique, et l'Alberta et nous considérons que ces primes constituent une forme d'impôt régressif.

Nous constatons également que certaines personnes souffrent de cet état de choses. J'ai vu il y a un mois dans mon cabinet un homme de 52 ans. Il avait subi un accident de voiture l'été dernier et, travaillant à son compte à un travail manuel, il ne pouvait plus travailler. Son assurance-maladie était échue et il ne connaissait pas l'existence du programme provincial d'exonération de prime, comme c'est le cas de beaucoup de gens en Ontario. Lorsque son assurance-maladie est venue à expiration, son médecin lui a facturé de 10\$ à 15\$ la visite. Il souffre également de diabète et nécessite une supervision médicale constante. Il a décidé qu'il n'avait pas les moyens de consulter un médecin, qu'il n'avait pas les moyens de payer de 10\$ à 15\$ par visite et il n'a pas vu de médecin pendant trois mois. Cela se passe au Canada. Lorsqu'il est venu me voir, son diabète avait considérablement empiré. Nous lui avons maintenant fait signer les papiers pour qu'il soit couvert gratuitement et il va pouvoir se faire soigner.

Il faut bien savoir que dans notre pays des gens doivent payer lorsqu'ils vont chez un médecin ou croient qu'ils doivent payer. En fait, l'élément le plus dissuasif du système des primes et de la surfacturation est souvent que les patients eux-mêmes concluent qu'ils ne peuvent se faire soigner. Ainsi, même dans une province comme l'Ontario où les gens peuvent bénéficier d'une exonération de primes, si les gens ne le savent pas ils renoncent à aller chez le médecin et en souffrent.

Enfin, en conclusion, bien que la loi canadienne sur la santé ne traite que du financement des soins de santé, nous estimons, en tant qu'association de médecins, qu'il existe d'autres problèmes dans notre système de santé et nous espérons que, une fois ce projet de loi adopté et promulgué aux niveaux fédéral et provincial, nous pourrions nous attaquer à ces graves problèmes, tels que la distribution des services. Dans notre pays, on sait traiter de façon sophistiquée jusqu'aux maladies les plus rares mais dans de nombreuses villes il est impossible de trouver un médecin pour faire une visite à domicile chez une personne âgée. Il existe donc beaucoup d'autres problèmes auxquels il faudra s'attaquer après l'adoption de ce projet de loi et nous espérons que les hommes politiques de ce pays, tant au niveau fédéral que provincial, se montreront aussi décidés à réformer notre système de santé qu'ils l'ont été concernant l'assurance-maladie.

[Text]

The Chairman: Thank you very much. I gather the others in your delegation are here to answer questions or to comment, as the case may be.

Mr. Epp: would you like to lead off?

Mr. Epp: I would ask Dr. Halliday to do that.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. We want to welcome the Ontario Medical Reform Group here today.

I would be interested in knowing more, Mr. Chairman, if I could, about their background. I wonder if I could ask their spokesman how many members they have in their group.

Dr. Rachlis: We have 150 members.

Mr. Halliday: Of those 150 members, how many are physicians licensed to practice?

Dr. Rachlis: Virtually all. There are a few medical students as well.

Mr. Halliday: How many medical students?

Dr. Rachlis: I cannot give you exact figures; less than 10%.

Mr. Halliday: How many of your group are in the private practice of medicine, as opposed to being on salary, let us say, in a community health centre, or otherwise employed?

Dr. Rachlis: At least 50%.

Mr. Halliday: About 50% are on a fee-for-service basis?

Dr. Rachlis: Right. Unfortunately, because we were contacted only five days ago, those physicians really could not clear their slates to come.

Mr. Halliday: What is the fee that the members pay to your organization to belong to it?

Dr. Rachlis: It is \$100; less for a non-physician. It is \$100 for practising physicians.

• 1550

Mr. Blaikie: One hundred and fifty for extra-billing.

Mr. Halliday: I was interested, Mr. Chairman, in some of the testimony that our witnesses have given us this afternoon on their reaction to the penalties as proposed in the bill, the dollar for dollar, as being probably inadequate. We had a gentleman before us this morning who was a health economist, presumably an expert in that area, and he felt otherwise; he felt that that penalty was probably adequate.

How do you justify saying that in your view it is inadequate?

Dr. Rachlis: I do not know what an adequate penalty would be. All I can say is that officials within the Ontario government have certainly been saying, even before the proposed Canada Health Act was introduced, that something like a \$50

[Translation]

Le président: Je vous remercie. J'imagine que les autres membres de votre délégation seront disposés à répondre aux questions ou à donner leur avis, le cas échéant.

Monsieur Epp, voulez-vous commencer?

M. Epp: Je vais laisser le Dr Halliday le faire.

Le président: Le Dr Halliday.

M. Halliday: Je vous remercie, monsieur le président. Je tiens à souhaiter la bienvenue à l'*Ontario Medical Reform Group* à notre Comité.

Si vous le permettez, monsieur le président, j'aimerais en savoir un peu plus sur leur association. Leur porte-parole pourrait-il nous indiquer combien de membres compte leur groupe?

Dr Rachlis: Nous avons 150 membres.

M. Halliday: Et sur ce nombre, combien sont des médecins autorisés à pratiquer?

Dr Rachlis: Presque tous. Nous avons également quelques étudiants en médecine.

M. Halliday: Combien d'étudiants en médecine?

Dr Rachlis: Je ne connais pas le chiffre exact mais c'est moins de 10 p. 100.

M. Halliday: Dans votre groupe, combien exercent dans le secteur privé et combien sont salariés d'un centre de santé communautaire ou employés par un autre établissement?

Dr Rachlis: Au moins 50 p. 100.

M. Halliday: Cinquante pour cent donc sont rémunérés à l'acte?

Dr Rachlis: Oui. Malheureusement, nous avons été contactés il ya cinq jours seulement et ces médecins n'ont pu se libérer pour nous accompagner.

M. Halliday: Quel est le montant de la cotisation que les membres paient à votre Association?

Dr Rachlis: Cent dollars pour un médecin en exercice, moins pour les autres.

M. Blaikie: Cent cinquante pour ceux qui font de la surfacturation.

M. Halliday: J'ai noté avec intérêt, monsieur le président, que nos témoins s'inquiètent de ce que les sanctions prévues par le projet de loi, c'est-à-dire un dollar pour un dollar, soient insuffisantes. Le témoin que nous avons entendu ce matin et qui était un expert de la question pensait lui que la pénalité était suffisante.

Pourquoi pensez-vous que la pénalité soit insuffisante?

Dr Rachlis: Je ne sais pas quelle devrait être la sanction mais tout ce que je puis dire c'est que des fonctionnaires du gouvernement ontarien affirmaient, avant même l'introduction du projet de loi, qu'une sanction de 50 millions ne représentait

[Texte]

million penalty would be cheap, because the alternative of outlawing extra-billing with legislation similar to what is found in Quebec, they felt, would cost them about \$250,000 to buy doctors in.

Mr. Epp: Billion; you mean a quarter of \$1 billion.

Dr. Rachlis: A quarter of a billion, pardon me. So in fact all I am reiterating is what the Province of Ontario has already said, which is that it might consider the penalties merely a licence fee.

Mr. Halliday: So you think our health economist this morning was less than well advised in his witness to us that he felt it was adequate?

Dr. Rachlis: I certainly would never say that. You are referring to Dr. Manga?

Mr. Halliday: Yes.

Dr. Rachlis: I would certainly never say that he is poorly advised.

Mr. Halliday: The comment you made about merit pay intrigued me, because that has been one of the difficulties we have had in the medical profession over the years that I have been in it; that is, to establish what is a fair rate of pay to physicians. You have not done any further work on that concept of merit pay, in terms of how you would administer it or what you would identify as being appropriate criteria for increasing . . . ?

Dr. Rachlis: I think there are many ways in which merit could be assessed, but in fact I think what we would suggest, in provinces that are interested in this, is that they set up committees with their ministry of health and representatives of provincial medical associations and possibly colleges of physicians and surgeons to investigate what is excellence in practice. I think clearly this is a problem with a flat fee schedule, and I would suggest that those people get together and try to work out what they thought excellence was and how it should be rewarded.

Mr. Halliday: Do you not think the marketplace does a pretty good job in identifying excellence?

Our witnesses today, Mr. Chairman, as physicians must know by observation where they expect to find good medical care. I am wondering whether the marketplace does not establish that itself.

Dr. John Frank (Ontario Medical Reform Group): If I may take that one, Dr. Halliday, I am quite convinced that the marketplace is hampered by the consumers' lack of technical know-how in assessing the care they are given. Let me give you an example. Patients who may think their doctor is doing them a favour by ordering a large set of lab tests when they show up for a physical examination will not realize that such a procedure is actually—well, I teach the medical students at the University of Toronto—that it probably will result in your patient being damaged by the physical exam, because you will find abnormal results that will prove to be nothing when you investigate them because you have applied multiple tests to a person with no complaints, unjustifiably. For the public to understand that point would require quite a massive education

[Traduction]

pas grand-chose car la solution de rechange, l'interdiction de la surfacturation par le biais d'une législation similaire à celle du Québec, leur coûterait 250,000 dollars.

M. Epp: Millions, vous voulez dire un quart de milliard.

Dr. Rachlis: Excusez-moi, un quart de milliard. Je ne fais donc que répéter ce que la province de l'Ontario a déjà dit à savoir qu'elle pourrait absorber purement et simplement la sanction.

M. Halliday: Autrement dit, vous pensez que notre économiste en santé de ce matin se trompait en disant que c'était suffisant?

Dr. Rachlis: Pas du tout. Parlez-vous du Dr. Manga?

M. Halliday: Oui.

Dr. Rachlis: Je ne dirais certainement pas qu'il vous a mal conseillé.

M. Halliday: Ce que vous avez dit de la rémunération au mérite m'intéresse car c'est l'une des grosses difficultés que j'ai constatées dans la profession médicale pendant les années où j'ai exercé, à savoir comment déterminer une rémunération équitable pour un médecin. Vous n'avez pas fait d'autres recherches sur ce concept de rémunération au mérite, notamment sur l'administration d'un tel système et sur les critères qu'il faudrait retenir?

Dr. Rachlis: Il y a beaucoup de façon d'évaluer le mérite mais ce que nous proposerions, dans les provinces qu'un tel système intéresse, serait de constituer des comités regroupant le ministère de la Santé et des représentants des associations médicales-provinciales et peut-être des collèges de médecins et chirurgiens afin d'arrêter les critères d'excellence. Le barème fixe pose certainement un problème et je proposerais de réunir les intéressés afin de définir des critères et voir comment récompenser les plus compétents.

M. Halliday: Ne pensez-vous pas que le marché puisse faire cela très bien?

Monsieur le président, nos témoins d'aujourd'hui, étant médecins, doivent bien savoir, de par leurs propres constatations, où sont dispensés de bons soins médicaux. Ne pensez-vous pas que l'on peut s'en remettre au libre jeu du marché?

Dr. John Frank (Ontario Medical Reform Group): Si je puis répondre, docteur Halliday, je suis tout à fait convaincu que le libre jeu du marché est gêné par l'absence de connaissances techniques des consommateurs lorsqu'il s'agit de juger la qualité des soins qu'ils reçoivent. Prenez un exemple. Les patients qui trouvent que leur médecin leur fait une faveur en ordonnant toute une série de tests de laboratoire ne se rendent pas compte que ces examens en fait leur font du tort, que l'on va trouver des résultats anormaux qui ne prouvent rien uniquement parce que l'on a fait subir des tests multiples, sans justification, à une personne qui n'est pas souffrante. C'est ce que j'enseigne à mes étudiants en médecine de l'Université de Toronto. Pour que le public comprenne cela, il faudrait une campagne d'information massive; le public juge son médecin

[Text]

campaign; and the public looks at what they get in the doctor's office in terms they can understand. Those are important terms: whether the doctor was friendly, seemed thorough, is reasonably accessible. But those criteria the public apply are, naturally, generally unable, for example, to assess the adequacy of the preventive care being offered by that physician, for the reason I just gave.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I wonder if our witness, when he talks to the medical students, explains to them the problem of defensive medicine, which was certainly not a problem when I went through medical school.

What do you teach them about that problem, which is an ever-increasing problem and a very costly problem to our health care system?

Dr. Frank: Indeed it is. We teach them that.

Mr. Halliday: What are your views on that? Should that be addressed in this bill, or a companion to this bill, or not?

Dr. Frank: The bill has so much in it already I would hate to ask us to tackle a huge area like this. I think the only point I would make about that—it may be a little tangential to this discussion, but it is an important issue—is that if we train physicians to be aware of what the scientific evidence is for doing a test on a patient and what the yield of that test might be and what the cost of it might be, and the risk, then physicians would be better armed not only to defend themselves by stating to the patient why the test was not necessary but even to convince the patient in a gentle and knowledgeable way that that was so.

• 1555

Mr. Halliday: That may not convince the judge in a court though.

Dr. Frank: Well... perhaps. The Canadian Medical Protective Association has a pretty good record on that.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the leader of the delegation today, Dr. Rachlis, has indicated that he works in the South Riverdale Community Health Centre. I am interested in hearing something about that health centre and how it functions. What is the criteria for a patient being seen at that health centre?

Dr. Rachlis: We mainly see people who live within the geographical area of Riverdale in east downtown Toronto. However, we do see people from other parts of Toronto; in fact, we have seen people from other parts of Ontario.

Mr. Halliday: Who owns the building in which you practice?

Dr. Rachlis: The building is owned by Metropolitan Toronto, being originally a police station and owned by the City of Toronto when control of the police passed over to Metropolitan Toronto. It is now Metro Building. We have a board of directors made up of people who live within the Riverdale area and our by-laws state that at least half the board members must be patients. So, in fact, it is a patient-

[Translation]

selon des critères qu'il connaît: le médecin était-il aimable, avait-il l'air efficace, est-il raisonnablement accessible? Ce sont des considérations importantes mais le public n'est généralement pas en mesure d'apprécier la qualité des soins préventifs d'un médecin, pour la raison que je viens d'indiquer.

M. Halliday: Monsieur le président, je me demande si notre témoin, dans son enseignement, explique aux étudiants en médecine le problème de la médecine défensive, laquelle ne constituait certainement pas un problème lorsque j'étais étudiant.

Que leur enseignez-vous concernant ce problème qui ne cesse de prendre de l'ampleur et qui coûte très cher à notre système de santé?

Dr. Frank: C'est effectivement un problème. Nous le leur enseignons.

M. Halliday: Qu'en pensez-vous? Faudrait-il en traiter dans ce projet de loi ou dans un projet de loi ultérieur?

Dr. Frank: Le bill contient déjà tant de choses que je n'aimerais pas qu'il s'attaque en outre à un problème aussi vaste que celui-ci. La seule chose que je puisse en dire, ce n'est pas tout à fait notre sujet d'aujourd'hui mais c'est un problème important, c'est qu'il faut apprendre aux médecins quelles sont les indications d'un test, quels résultats on peut en attendre et combien cela coûtera, ainsi que les risques pour le patient. Les médecins seront alors mieux armés pour se défendre en indiquant au patient pourquoi le test n'était pas nécessaire et l'en convaincre, avec ménagement et autorité.

M. Halliday: Cela ne convaincra pas nécessairement un juge.

Dr. Frank: Peut-être... pourtant, l'Association de la protection médicale canadienne ne s'en tire pas trop mal.

M. Halliday: Monsieur le président, le chef de la délégation d'aujourd'hui, le docteur Rachlis, nous a dit qu'il travaille au Centre de santé communautaire de South Riverdale. J'aimerais en apprendre un peu plus sur ce Centre et sur son fonctionnement. Sur quels critères un patient y est-il admis?

Dr. Rachlis: Nous voyons surtout des patients qui habitent le quartier de Riverdale, au Centre-est de Toronto. Cependant, nous voyons aussi des malades d'autres quartiers de Toronto et même des gens d'autres régions.

M. Halliday: Qui est le propriétaire des locaux?

Dr. Rachlis: Les bâtiments sont la propriété de la municipalité régionale et étaient autrefois un poste de police appartenant à la ville de Toronto avant que la police ne soit reprise par la municipalité régionale. Notre conseil d'administration compte cinq membres qui habitent le quartier de Riverdale et notre règlement précise qu'au moins la moitié de ces membres doivent être des patients. C'est donc un centre administré par

[Texte]

controlled centre. The board gets a grant of money from the provincial government; it is one of ten centres funded in this fashion, and 28 funded in the program. The board, then, administers the grant and hires all staff, including physicians.

Mr. Halliday: What is the basis of the grant, Mr. Chairman? Is it a per capita grant?

Dr. Rachlis: In the same program, as well as ten health centres there are 18 centres that are funded on capitation. We are funded on a global budget that is loosely based on the number of regular patients that we have plus some other criteria. Our centre, for example, has about 25% of its list of regular patients who do not have health insurance. So, over the last five years the government has gradually agreed, if not in writing then by providing services to people who do not have health insurance, that we are treating real people. So that the grant is based on people who have health insurance, people who do not have health insurance, and some services that we provide, let us say, to hospitals and neighbourhood centres in our area.

Mr. Halliday: Do you pay rent to the City of Toronto for the building?

Dr. Rachlis: Yes, we do.

Mr. Halliday: How much would it be?

Dr. Rachlis: It is quite reasonable. I do not know what the exact figure is but it is quite reasonable. I do not think it is market rent. Working in a community health centre, I am free not to think of administrative problems such as rent, so that is why I do not know.

Mr. Halliday: Have there been any studies done on the financial aspects of operating your centre as compared to other forms of delivering that type of general health care, whether it is a private solo practice or a group practice or a practice based solely on capitation rather than on a global budget? Are there any studies available?

Dr. Rachlis: There are some figures that are kept by the Ontario Ministry of Health specifically for our health centre, and then there are studies that have been done of the program as a whole and of programs like it in other parts of North America. For our particular centre they track our hospitalizations. In fact, in an average month we have approximately 20% fewer hospital admissions and around 20% fewer hospital days. Now, for our list of patients, though, there are fewer elderly patients, so that could skew the figures a bit. The program, as a whole, has approximately 10% less hospitalization than the rest of the Province of Ontario.

Mr. Halliday: How long has the centre been in existence?

Dr. Rachlis: Our centre has been in existence since 1976. The oldest centre in this program in Sault Ste. Marie has been in existence for 20 years now.

The Chairman: One more question right now, Dr. Halliday.

[Traduction]

les malades. Nous touchons une subvention du gouvernement provincial, étant l'un des dix centres financés de cette manière et l'un des 28 financés par le programme. Le conseil administre donc la subvention et recrute tout le personnel, médecins compris.

M. Halliday: Comment est calculée la subvention, monsieur le président? Est-ce une subvention per capita?

Dr. Rachlis: Dans le cadre du même programme, outre lesdits centres de santé, 18 autres sont financés par une subvention per capita. Nous avons un budget global qui est fondé grosso modo sur le nombre de patients réguliers que nous soignons, plus quelques autres critères. Par exemple, dans notre centre, près de 25 p. 100 des patients réguliers n'ont pas d'assurance maladie. Aussi, le gouvernement a peu à peu accepté au cours des cinq dernières années que nous soignons des personnes véritables même si elles n'ont pas d'assurance maladie, encore qu'il ne l'ait pas mis par écrit. Ainsi, la subvention est fondée sur le nombre de patients couverts par l'assurance maladie, sur le nombre de patients sans assurance-maladie et sur certains services que nous fournissons aux hôpitaux et aux centres de quartiers.

M. Halliday: Est-ce que vous payez un loyer à la ville de Toronto?

Dr. Rachlis: Oui.

M. Halliday: De combien?

Dr. Rachlis: C'est très raisonnable. Je ne connais pas le chiffre exact mais il est très raisonnable, c'est moins que le prix du marché. Dans ce centre, je peux m'offrir le luxe de ne pas me préoccuper des problèmes administratifs et c'est pourquoi je ne connais pas le montant.

M. Halliday: Des études ont-elles été réalisées concernant le coût de fonctionnement de votre centre, comparé à d'autres formes de soins généraux, qu'il s'agisse d'un cabinet privé ou d'un cabinet de groupe, ou de soins dispensés sur une base per capita plutôt que sur la base d'un budget global? Des études ont-elles été faites?

Dr. Rachlis: Le ministère de la santé ontarien rassemble des chiffres qui concernent exclusivement notre centre et d'autres études ont été réalisées sur le programme dans son ensemble et d'autres programmes similaires en Amérique du nord. Dans notre cas particulier, on comptabilise surtout les hospitalisations. En fait, nous avons en moyenne 20 p. 100 d'admissions en hôpital de moins et environ 20 p. 100 de moins de journées d'hospitalisation. Cependant, notre liste de patients compte peu de personnes âgées et cela peut influencer les chiffres quelque peu. Dans l'ensemble, dans ce programme on compte une hospitalisation inférieure de 10 p. 100 à la moyenne de l'Ontario.

M. Halliday: Depuis quand ce Centre existe-t-il?

Dr. Rachlis: Depuis 1976. Le Centre le plus ancien dans ce programme et celui de Sault-Sainte-Marie qui a été fondé il y a 20 ans.

Le président: Ce sera votre dernière question docteur Halliday.

[Text]

Mr. Halliday: Yes. One more question on the subject that you raised in your opening comments, as the leader of the delegation, regarding premiums. I think I quoted you correctly in my note here, that you termed that a regressive tax. How do you deem that to be a regressive tax when anybody who is earning under a certain amount of money—I think it would refer to those who do not pay any income tax, they get it automatically free—and about 70% of all premiums are paid for by employers? Very few individuals pay the total premium at all and a lot do not pay any. How do you deem it to be a regressive tax? Because the regressivity in it is taken out of it by . . . It is unlike a sales tax, which is regressive for the whole population. If you buy a car, no matter how much money you have, you have to pay the same tax. But if you buy this insurance, you do not have to pay the premium at all.

• 1600

Mr. Breau: You pay more taxes than you would on your Volkswagen.

Mr. Halliday: No, but it is not adjusted for the patient's ability to pay. In other words, if a person who is earning \$10,000 a year decides to buy a Cadillac and a person who earns \$100,000 decides to buy the same, that is a regressive tax. That is what I am saying. The sales tax is a regressive tax. Now, how do you relate this to the sales tax?

Mr. Breau: It is not . . . regressive as a premium. It is not poor people who buy cars.

Mr. Halliday: Many people are absolved of the responsibility of having to pay a premium.

Dr. Rachlis: I think I would term it a regressive tax, because above a certain level everyone pays the same. So that means, for the family I mentioned, a family of four with an income of around \$15,000 a year, they are going to be paying the same premium as I would be paying. On the other hand, in provinces where there are no premiums, and for example, the health system is funded totally through general revenues—and I know in Ontario most of the funding is from general revenues—in those provinces I would be paying substantially more than that poor family through higher personal income tax.

The other problem with the premium system, of course, is that, even though there is assistance for premiums for people who earn below a certain amount of money, it is not automatic. In fact, when someone is sent a premium notice, there is nothing in the premium notice to indicate that there is a premium assistance system.

What we see a lot of, of course, particularly with working poor people, is that with the large number of unemployed in the last few years, people who have been laid off lose their OHIP, do not know there is assistance and then do not seek medical care because of that.

The Chairman: Mr. Blaikie, would you carry on?

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, it is interesting to notice that, when my Conservative colleagues have the floor, we still have to argue about whether or not premiums are regressive.

[Translation]

M. Halliday: Oui. Une dernière question concernant ce que vous disiez au début sur les primes. Si j'ai bien noté, vous les avez qualifiés de taxes régressives. En quoi cela est-il une taxe régressive lorsque quiconque touche moins d'un certain revenu—peut-être parlez-vous de ceux qui ne paient pas d'impôt sur le revenu, qui ont l'assurance gratuite et alors que 70 p. 100 de la prime totale est payée par l'employeur? Très peu de gens paient la totalité de la prime eux-mêmes et beaucoup ne paient rien du tout. En quoi cela constitue-t-il une taxe régressive? La régressivité en fait est supprimée par . . . Ce n'est pas comme la taxe de vente qui est régressive pour la totalité de la population. Si vous achetez une voiture, peu importe votre revenu, vous payez le même montant de taxe que tout le monde. Par contre, en prenant cette assurance, vous ne payez pas de prime du tout.

M. Breau: Vous payez beaucoup plus que la taxe sur votre Volkswagen.

M. Halliday: Celle-ci ne dépend pas du revenu. Autrement dit, quelqu'un qui gagne 10,000\$ et qui achète une Cadillac paie la même chose que celui qui gagne 100,000\$. Cela est une taxe régressive, la taxe de vente est une taxe régressive. Comment pouvez-vous assimiler la prime à une taxe de vente?

M. Breau: Elle n'est pas aussi régressive que la prime. Ce ne sont pas les pauvres qui achètent les voitures.

M. Halliday: Beaucoup de gens n'ont pas de prime à payer du tout.

Dr. Rachlis: Je trouve que c'est une taxe régressive car au-dessus d'un certain revenu, tout le monde paie la même chose. Cela signifie, dans le cas d'une famille comme celle que j'ai mentionnée, une famille de quatre avec un revenu d'environ 15,000\$ par an, que cette famille va payer la même prime que moi. Par contre, dans les provinces où il n'y a pas de prime et où le système de santé est financé intégralement par les recettes générales, ma contribution sera considérablement supérieure à celle de la famille pauvre, par l'intermédiaire de l'impôt sur le revenu.

Un autre problème que pose le système des primes, même si ceux qui gagnent moins d'un certain seuil n'ont pas à la payer, et que l'exonération n'est pas automatique. Nulle part dans l'avis de cotisation on indique la possibilité d'une exonération.

Nous voyons très souvent des gens, et surtout chez les pauvres, les chômeurs de plus en plus nombreux depuis quelques années, qui ont perdu leur assurance maladie à leur licenciement, qui ne savent pas qu'une assistance est disponible et qui renoncent à se faire soigner pour cela.

Le président: Monsieur Blaikie, voulez-vous poursuivre?

M. Blaikie: Monsieur le président, il est significatif que, lorsque mes collègues conservateurs ont la parole, il faille encore disputer de savoir si les cotisations sont régressives.

[Texte]

Nobody has disputed that since their inception, actually, but I think that is at least worth noting.

I would like to ask the witnesses what they mean when they say on page 2: "We are concerned that the cabinet is given discretionary power not to penalize offending provinces." I'm not sure what you mean there.

Dr. Rachlis: This is my interpretation of Clause 15 of the Bill, really that the Governor in Council can decide what the amount of the penalty shall be. I would certainly appreciate being corrected if I were wrong in this interpretation, but in other words, the penalty could be allowed to be \$1 for every dollar of extra-billing or user fee; but in fact, the Governor in Council could decide to make it less. So the dollar per dollar would be a maximum penalty, but in fact, the penalty could be lifted entirely.

Mr. Blaikie: That would be worth, Mr. Chairman, getting some clarification on. My understanding of it to this point has always been that the discretionary reductions applied to violations by provinces of conditions for payment other than extra-billing and user fees, but that there is no discretion in the Bill for the Minister or the Governor in Council to not penalize provinces on a dollar for dollar basis for that amount of extra-billing and user fees which was brought to their attention.

Mr. Breau: That is my understanding, too.

Dr. Rachlis: We are delighted.

Mr. Blaikie: All right.

Dr. Joel Lexchin (Ontario Medical Reform Group): I think another point we were concerned about was: Specifically with Ontario, there is no method for determining what the amount of the extra-billing is, since the doctors collect it from the patients and the provincial government receives no record of the amount the physician receives directly from the patient. So the amount that is going to be withheld is going to be an estimate, and that estimate could vary, depending on a variety of factors.

Mr. Blaikie: One of the areas in the Bill, Mr. Chairman, where the Governor in Council is given discretion is with regard to the provision of information. So if in the judgment of the minister, the estimates were being systematically underestimated or there was no attempt being made to gather the information, it would seem to me that at this point that condition for full transfer payments would come into effect. Thank you. I do not want to follow that up too much because I have a couple of other things I would like to ask.

[Traduction]

Personne ne l'a jamais contesté depuis leur instauration et c'est intéressant à noter.

J'aimerais demander aux témoins ce qu'ils entendent lorsqu'ils déclarent à la page 2: «Nous nous inquiétons de ce que le gouvernement dispose du pouvoir discrétionnaire de ne pas sanctionner les provinces contrevenantes». Je ne vois pas très bien ce que vous entendez par là.

Dr Rachlis: Mon interprétation de l'article 15 du projet de loi est que le gouverneur en conseil peut décider du montant de la sanction. Tant mieux si je me trompe mais il me semble que la pénalité maximale est de 1\$ pour chaque dollar de surfacturation ou de ticket-moderateur mais que le gouverneur en conseil pourrait décider d'en prendre moins. La retenue d'un dollar pour un dollar serait donc une sanction maximale mais, en fait, elle pourrait être levée entièrement.

M. Blaikie: Il vaudrait la peine de demander des précisions là-dessus, monsieur le président. J'ai toujours cru, jusqu'à présent, que les réductions discrétionnaires s'appliquaient aux violations touchant les conditions de paiement autre que la surfacturation et les frais modérateurs mais que le projet de loi ne donne aucune latitude au ministre ou au gouverneur en conseil de ne pas pénaliser les provinces pour chaque dollar de surfacturation ou de frais modérateurs.

M. Breau: C'est ce que je croyais également.

Dr Rachlis: Nous en sommes ravis.

M. Blaikie: Très bien.

Dr Joel Lexchin (Ontario Medical Reform Group): Un autre élément qui nous inquiète est le suivant: En Ontario tout particulièrement, il n'existe aucune méthode permettant de déterminer quel est le montant total de la surfacturation puisque les médecins perçoivent ces sommes directement auprès des patients et qu'aucune donnée n'en est transmise au gouvernement provincial. Le montant qui sera retenu sera donc une estimation et celle-ci pourrait varier en fonction de divers facteurs.

M. Blaikie: Justement, la latitude dont jouit le gouverneur en conseil concerne la production de renseignements. Par conséquent, si le ministre considère que les prévisions sont systématiquement sous-évaluées ou bien qu'on ne fait aucun effort pour recueillir les informations nécessaires, il me semble que cette condition relative au plein paiement de transfert entre en ligne de compte. Merci. Je ne veux pas trop approfondir cet aspect-là car j'ai un ou deux autres sujets à aborder.

• 1605

You pointed to the fact that the act does not go beyond dealing with the principles of financing of medicare to other things that need to be done if our health care system is to be adequate in the future. I was wondering what the position of the Ontario Medical Reform Group is with regard to proposals made by the Canadian Nurses Association, for instance, about the need to provide alternate points of entry into the health

Vous avez dit que la loi se contentait d'aborder les principes du financement de l'assurance-santé et ignorait totalement d'autres mesures nécessaires si nous voulons que notre système de santé reste satisfaisant. Je me demande ce que le groupe pour la réforme médicale en Ontario pense des propositions de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada qui réclame la création d'un nouveau centre de santé en donnant

[Text]

care system by enabling nurses to practise more independently of physicians than they do now?

Dr. Frank: One of the distinctions we would make with regard to policy initiatives of this sort is whether or not the addition of a new entry point is likely to produce really a better care or a more efficient care, in the sense of cost-effective care. We know, from good scientific evidence, that the substitution of primary-care physicians for up to 10% to 20% of their services by nurse practitioners is both effective, popular with patients and cost-effective. What we do not know is whether more health benefits would accrue to the population by more people opening up more shops in a somewhat independent way. There are good health-economic reasons for suspecting that add-ons like that, at the point that we are at in Canada for health services, would not necessarily improve the health status of the population unless they were added on in areas with service deficits. Now, having said that, we are in favour of more pilot projects to look at integrated, multiple-discipline clinics where instead of having entry points that are not aware of what each of the others is doing to the patient, a co-ordinated system of care, which need not rest entirely with the GP, but certainly should involve the GP, would prevent unnecessary duplicated servicing. Does that answer it?

Mr. Blaikie: Well, it is an answer.

Dr. Rachlis: Just to add, to be fair to the nurses, I think what they have consistently advocated is not freestanding, fee-for-service practitioners, but in fact more opportunity for consumers to enter the health care system in something like a community health centre where there would be a variety of so-called gate keepers, including physicians and nurses and possibly others.

Mr. Blaikie: With respect, Mr. Chairman, going into the whole notion of community health, one of the things we had a long discussion about this morning, was the whole question of the use of hospital beds, waiting lists, et cetera. A lot of attention was paid to the fact that it is often not so much a lack of beds but how the beds that are there are being used; whether they are being tied up for chronic care purposes or just the fact of the average length of stay—the whole analysis of how hospital beds are used in the prevailing health care model. I wonder could you tell us from your own experience, particularly Dr. Rachlis, whether there is a reduction, for instance, in hospital bed use as a result of community health care—that way of practising medicine? Is there any savings there as far as admission to hospital is concerned?

Dr. Rachlis: I think it has been consistently shown in Ontario and in the United States and many other jurisdictions that if you have good, co-ordinated primary care, then you can reduce hospital utilization. There is no question about that.

Now, the other question about whether there are people in beds that could be in other places, I would like to ask Dr. Scott actually, if she would mind commenting on this.

Dr. Fran Scott (Ontario Medical Reform Group): I think, as physicians, we are often in the position of having a patient

[Translation]

aux infirmières une plus grande autonomie par rapport aux médecins qu'elles n'en ont actuellement?

Dr. Frank: Ce genre d'initiatives d'ordre politique suscite immédiatement une question, celle de savoir si la création d'un nouveau centre de soins peut vraiment améliorer la qualité des soins, leur efficacité, et je parle du point de vue efficacité-coût. Nous le savons, il en existe des preuves scientifiques, la solution qui consiste à confier de 10 à 20 p. 100 des services assurés par les médecins généralistes à des infirmières ou infirmiers praticiens est à la fois efficace, rentable et, bien accueillie par les patients. Ce que nous ne savons pas, c'est si la population profiterait de l'existence d'un plus grand nombre de centres de santé qui auraient une certaine mesure d'indépendance. Nous avons de bonnes raisons, économiques et de santé, de croire que la multiplication des points de santé n'améliorerait pas forcément la situation de la population à moins de toucher les régions où les services sont déjà insuffisants. Cela dit, nous sommes tout à fait en faveur de projets-pilotes portant sur la création de cliniques intégrées, multidisciplinaires, et surtout coordonnées les unes avec les autres pour qu'une clinique n'ignore pas totalement quels sont les soins qui ont été dispensés à un patient par une autre clinique. La responsabilité de ces cliniques ne devrait pas être confiée exclusivement au généraliste, mais celui-ci aurait tout de même un rôle à jouer. Cette réponse vous satisfait-elle?

M. Blaikie: En tout cas, c'est une réponse.

Dr. Rachlis: Une observation, pour être juste envers les infirmières; ce qu'elles réclament, ce ne sont pas des médecins libres payés directement pour leurs services, mais en fait, un plus grand nombre de points d'accès au système de santé grâce à des centres de santé communautaires animés par une gamme de personnes, des médecins, des infirmiers et peut-être d'autres.

M. Blaikie: Monsieur le président, si vous parlez de la notion de santé communautaire, ce matin nous avons longuement discuté de la disponibilité des lits d'hôpitaux, des listes d'attente, et caetera. Nous avons observé que très souvent, ce ne sont pas tant les lits d'hôpitaux qui manquent, ce qui ne va pas, c'est la façon dont ils sont utilisés. Qu'ils soient réservés aux cas chroniques, ou qu'il s'agisse de la longueur des séjours d'hôpitaux, toute cette question de l'utilisation des lits d'hôpitaux dans notre système actuel mérite d'être remise en cause. Docteur Rachlis, avez-vous constaté personnellement que la création des centres de santé communautaire ait permis de réduire l'utilisation des lits d'hôpitaux? Est-ce que ce système permet d'économiser des admissions dans les hôpitaux?

Dr. Rachlis: En Ontario et aux États-Unis et dans d'autres juridictions on a trouvé à de nombreuses reprises qu'un système de santé de base bien coordonné permettait de réduire l'utilisation des hôpitaux. Cela ne fait aucun doute.

Quant à savoir si certaines personnes se trouvent dans des lits d'hôpitaux qui pourraient être ailleurs, je vais demander au Dr. Scott de commenter.

Dr. Fran Scott (Ontario Medical Reform Group): En tant que médecins, il nous arrive souvent de vouloir faire entrer un

[Texte]

we would like to get into hospital or we would like to get out of hospital into a chronic care or nursing home situation and we feel the crunch of funding in that respect—the feeling that there are not enough beds and that there is not essentially enough money in that system.

• 1610

I think our perspective, though, is perhaps not a broad enough one in looking at the funding of the whole health-care system in that we also, at the same time, see that there is wastage in the system. A patient who is sitting in an acute-care bed when in fact the patient may need a less specialized form of care is basically a waste of health-care resources.

Another example is admission screening, chest x-rays, urinalysis which may not be necessary for every hospital admission, so it is hard for us to say that a system is underfunded in the sense of its being tight for hospital beds.

I think what we particularly are concerned about is that there is no rationale on health-care planning in terms of the funding, in terms of where the resources should go.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would like to ask the witnesses a question having to do with the concern by the Canadian Association of Interns and Residents. They have proposed an amendment to the Canada Health Act which would guarantee them the right to practise within medicare. The amendment arises out of their concern with what is happening in British Columbia.

I wonder whether you have a view collectively or if any of you have a view even individually on the wisdom, or lack thereof, of I believe it is Bill 24 in British Columbia, which would limit the amount of doctors in any given area that could deliver insured services.

Dr. Scott: Perhaps I can speak to that as a member of the Canadian Association of Interns and Residents.

I think you are right. Their concern is that, in Vancouver particularly and probably Victoria as well, it is very difficult to get a license to practise general practice and a number of the other specialties. This is to encourage doctors to work in the rather under-served areas in the north of British Columbia.

Similarly in Quebec, although it is a little bit of a different system, the fee paid to doctors in urban centres is less than the fee of doctors in rural areas.

I think the Canada Health Act does not address the issue of where doctors should practise, and I think the interns and residents are bringing it in. In fact the question is not really there in terms of control of place of practice.

The Medical Reform Group, I think is very aware of the real difficulty in the whole concept of allocation of health care

[Traduction]

patient à l'hôpital, de vouloir en faire sortir un pour le confier à une institution spécialisée dans les maladies chroniques et de constater qu'il y a des problèmes de financement. Très souvent, nous avons l'impression qu'il n'y a pas suffisamment de lits, ce qui veut dire en fait qu'il n'y a pas suffisamment d'argent dans le système.

Mais peut-être n'avons-nous pas suffisamment de recul pour voir l'ensemble du financement du système de santé puisque en même temps nous sommes forcés de constater qu'il y a du gaspillage dans le système. Un patient qui occupe un lit de soins intensifs alors qu'il n'a pas vraiment besoin de soins aussi spécialisés gaspille les ressources du système de santé.

Un autre exemple, le tri à l'admission, les radiographies de la poitrine, les analyses d'urine qui ne sont pas forcément nécessaires pour toutes les admissions en hôpitaux. Par conséquent, ce n'est pas forcément parce qu'il n'y a pas suffisamment de lits d'hôpitaux que le système est sous-financé.

Ce qui nous inquiète le plus, c'est que la répartition des ressources de santé est mal planifiée.

M. Blaikie: Monsieur le président, je vais maintenant parler d'un problème soulevé par l'Association canadienne des internes et des résidents. Ils proposent un amendement à la Loi canadienne sur la santé qui leur garantirait le droit d'exercer dans le cadre du Régime d'assurance-santé. Ce qui les inquiète, c'est ce qui se produit actuellement en Colombie-Britannique.

Avez-vous une opinion collective ou bien des opinions personnelles sur le bien-fondé, ou encore sur l'absence de justification du bill 24 de Colombie-Britannique qui limiterait le nombre de docteurs autorisés à assurer des services assurés dans une région donnée.

Dr Scott: Si vous le permettez, je vais répondre puisque je fais partie de l'Association canadienne des internes et des résidents.

Vous avez parfaitement raison; cette association s'inquiète de ce qu'à Vancouver, et probablement également à Victoria, il est très difficile d'obtenir une licence pour pratiquer la médecine générale et également un certain nombre de spécialités. Cette mesure veut encourager les médecins à pratiquer dans les régions les plus mal desservies du nord de la Colombie-Britannique.

Au Québec, le système est un peu différent, mais les honoraires versés aux médecins dans les centres urbains sont moins élevés que dans les régions rurales.

A mon avis, la Loi canadienne de la santé ne s'intéresse pas aux régions où les médecins doivent pratiquer la médecine, et ce sont les internes et les résidents qui y soulèvent le problème. Mais au départ, il n'était pas question dans le bill de contrôler la situation géographique des médecins.

Le groupe de réformes médicales est très conscient des graves problèmes de répartition des ressources de santé dans

[Text]

resources across the country, particularly under-serviced areas like the northern Ontario. We do not see that either the stick or the carrot solution to getting doctors up there is a solution. We think it has to be looked at much more broadly than just the idea of whether doctors are in fact practising up there.

The Chairman: One more.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, Dr. Manga this morning said that we probably had—in fact he said it more absolutely than this—more doctors than we needed overall and in fact advocated the closing of medical schools and just . . .

Mr. McCauley: Queen's!

Mr. Blaikie: —distressed the hon. member from Kingston and The Islands to no end—so much so that she . . . well, never mind—by suggesting that the Queen's Medical School be shut down. I wonder what your view is on the question of the number of doctors.

Mr. McCauley: Please tell us if you graduated from Queen's.

Mr. Blaikie: Not your view on Queen's, but your view on the question whether or not we have an oversupply of doctors. Obviously we do not have an oversupply of doctors in northern British Columbia or other places where provincial governments are trying to get doctors to go. What is your view of that general theory?

Dr. Frank: Well, first of all, there are almost no data available on what would constitute an adequate number of doctors. It seems apparent that the population will consume an infinite amount of health service, particularly if we start to include psycho-therapeutic and counselling services. I often point to the fact that tens of millions of dollars of psycho-therapy are delivered on OHIP money in the City of Toronto and in Metro Toronto every year when people that live even an hour away cannot get that kind of service no matter how hard they try, so there are major distributional inequities in the system.

Mr. Blaikie: What do you mean by the difference between Toronto and . . .

Dr. Frank: Well, psycho-therapy of even the most basic sort is simply not available in rural areas in most of Ontario certainly, and there are hundreds and hundreds of psycho-therapy practitioners, many of them doctors, who thereby get it paid for by OHIP, in Toronto and in the large urban centres. That is clearly an unacceptable situation and one that is probably getting worse and will have to be addressed when it is finally surfaced. What this means, therefore, is that it is impossible to answer the question of whether we have an oversupply when we do not even have basic information about what would constitute an adequate supply, and we have done really nothing about the present distribution.

[Translation]

tout le pays, et en particulier dans les régions les plus mal desservies, par exemple le nord de l'Ontario. Nous ne pensons pas que la solution du bâton ou de la carotte soit la meilleure possible. C'est toute la situation qui doit être remise en question, et non pas seulement la question de savoir si les médecins pratiquent dans ces régions-là.

Le président: Une dernière.

M. Blaikie: Monsieur le président, ce matin, le Dr Manga nous a dit que nous avions probablement—en fait, il a été plus catégorique que moi—probablement plus de médecins que nous n'en avions besoin et il a même ajouté que nous devrions fermer des écoles de médecine et . . .

M. McCauley: Queen's!

M. Blaikie: . . . et il a fait beaucoup de peine à l'honorable député de Kingston et les Îles—à tel point qu'elle . . . mais peu importe—en proposant de fermer la faculté de médecine de l'Université Queen's. Quelle est votre opinion sur le nombre de médecins.

M. McCauley: N'hésitez pas à nous dire si vous avez été diplômé de l'Université Queen's.

M. Blaikie: Je ne vous demande pas ce que vous pensez de Queen's, mais ce que vous pensez du nombre de médecins que nous avons dans ce pays. De toute évidence, nous n'en avons pas trop dans le nord de la Colombie-Britannique ou dans d'autres régions où les gouvernements provinciaux essaient de convaincre les médecins de s'installer. Que pensez-vous de cette théorie?

Dr. Frank: Eh bien, pour commencer, nous n'avons pratiquement aucune donnée sur ce qui constituerait un nombre adéquat de médecins. Selon toute évidence, la population peut s'accommoder d'une quantité illimitée de services de santé, surtout si nous ajoutons à ces services les services de psychothérapie et d'orientation. Je fais très souvent observer aux gens que l'OHIP rembourse des centaines de millions de dollars de soins psychothérapeutiques dans la ville de Toronto et dans le Toronto métropolitain alors que les gens qui vivent à une heure de cette agglomération n'ont aucune possibilité de profiter de ces services. Aucun doute, il y a de grosse inégalités de répartition.

M. Blaikie: Que voulez-vous dire quand vous parlez de différences entre Toronto et . . .

Dr. Frank: Eh bien, dans les régions rurales, les services psychothérapeutiques les plus fondamentaux sont inexistants; c'est du moins le cas de la majorité des régions rurales de l'Ontario et, pourtant, c'est une province où il y a des centaines et des centaines de psychothérapeutes, qui sont souvent des médecins, qui sont donc payés par l'OHIP, mais qui sont tous à Toronto et dans les grands centres urbains. C'est une situation évidemment inacceptable, une situation qui doit probablement s'aggraver et qu'il faudra bien résoudre lorsqu'elle deviendra trop évidente. Par conséquent, il est pratiquement impossible de savoir si nous avons trop de médecins puisque nous ne savons même pas de combien de médecins nous avons véritablement besoin et puisque nous n'avons rien fait jusqu'à présent pour redresser le problème de répartition.

[Texte]

• 1615

The Chairman: Mr. Blaikie, I will get back to you on the second round, if you wish. Mr. McCauley.

Mr. McCauley: I want to pick up very quickly on that question of distribution. Is that not what the British Columbia government is trying to address by their legislation? Not that one agrees with the legislation, but the problem is there. Do you have any recommendations on how one could deal with that?

Dr. Frank: I think we would regard the Quebec and British Columbia policies as experiments. The experiment is to determine if physician distribution can be made more satisfactory by these approaches, by these policy initiatives. When one has a policy initiative that is being tried out in an experiment it needs evaluation, and we are waiting to see the results. One of the results may be a rather heavy price to be paid in terms of physician morale. That price could have kick-back effects in the long run, and we would urge that such policy initiatives not be replicated until full evaluation, including the impact on the morale of practising physicians in the area and young physicians in those provinces, is fully evaluated.

Mr. McCauley: But you do not have any alternative suggestions at this point to address that problem?

Mr. Breau: What about economic incentives?

Dr. Frank: That has been tried.

Dr. Rachlis: I think there are sticks and carrots that can be used. Some countries handle that problem by really sending people out to rural and outlying areas for a two-year period. Mexico, for example, does that. Doctors from that country say that the only way they can get people to go to less attractive areas is to say they have to spend two years there after they finish medical school.

Mr. Blaikie: That is what we have to do in the church. I do not see why you guys do not.

Dr. Rachlis: There are lots of different methods that can be used. Considering that, generally speaking, people who practise medicine tend to want the amenities of urban life—even when they come from rural areas to begin with, that is what they tend to want because that is where they go to school—we are faced with what might always be a bit of an irreconcilable problem and will require possibly sticks and carrots and creative ones at that.

The question, however, of whether people can practise at all, I guess gets into another area which is affecting many other young people in this country, which is that they are trained and educated and then find that there are no jobs available to them. This has certainly happened to nurses on and off over the last several years. Even though I have only been in practice eight years, I have seen at least one or two cycles when there were too many nurses and there is not enough, so they cut back enrolment and nurses leave the country, and then they repeat the whole thing again. So I think what we really need, as Dr.

[Traduction]

Le président: Monsieur Blaikie, je vous donnerai la parole au second tour, si vous le désirez. Monsieur McCauley.

M. McCauley: Je reste un instant sur cette affaire de la répartition. Est-ce que le gouvernement de la Colombie-Britannique ne cherche pas justement à résoudre ce problème avec la nouvelle loi? Ce n'est pas que nous approuvions cette loi, mais le problème existe. Avez-vous une idée de la façon de résoudre le problème?

Dr. Frank: Eh bien, pour nous, les politiques adoptées par le Québec et par la Colombie-Britannique sont des expériences. Ces expériences serviront à déterminer s'il est possible de mieux répartir les médecins grâce à des initiatives de cet ordre-là. Lorsqu'on fait l'expérience d'une politique, il faut évaluer les résultats, et ce sont ces résultats que nous attendons. Nous découvrirons peut-être que cette solution est trop onéreuse en ce qu'elle porte atteinte au moral des médecins. À long terme, cela aurait des effets très négatifs et il ne faudrait pas que ce genre d'initiatives se généralisent avant que nous ayons une évaluation totale des résultats, et en particulier des effets sur le moral des médecins pratiquants de la région et des jeunes médecins dans ces provinces.

M. McCauley: Mais vous n'avez pas d'autres suggestions à nous faire pour résoudre ce problème?

M. Breau: Que pensez-vous des encouragements d'ordre économique?

Dr. Frank: On a déjà essayé.

Dr. Rachlis: Evidemment, on peut toujours utiliser la bonne vieille méthode de la carotte et du bâton. Dans certains pays, on force les médecins à s'installer dans ces régions rurales et isolées pendant une période de deux ans. C'est ce que fait le Mexique; dans ce pays-là, les gens nous disent que le seul moyen de forcer les médecins à aller dans les régions les moins séduisantes, c'est de les forcer à s'y installer pendant deux ans lorsqu'ils ont terminé leurs études de médecine.

M. Blaikie: C'est également la méthode de l'église. Je ne vois pas ce qui vous empêche d'en faire autant.

Dr. Rachlis: Il y a beaucoup de méthodes qui peuvent être utilisées. En règle générale, les gens qui pratiquent la médecine ont tendance à préférer le confort des régions urbaines, et même lorsqu'ils sont originaires de la campagne, ils font leurs études dans des régions urbaines. C'est un problème qui risque d'être très récalcitrant, et il faudra peut-être faire appel à la carotte et au bâton, et faire preuve de pas mal d'ingéniosité.

Quant à savoir si les gens doivent être autorisés à pratiquer, c'est une question tout à fait différente qui intéresse un grand nombre de jeunes dans ce pays; on leur donne une formation, une éducation, puis ils s'aperçoivent qu'ils ne trouvent pas d'emploi. C'est un problème auquel les infirmières se sont heurtées périodiquement depuis plusieurs années. Je pratique la médecine depuis huit ans seulement, mais j'ai déjà assisté à un ou deux cycles chez les infirmières: pendant une période, il y a trop d'infirmières, puis vient une période où il n'y en a plus assez. Les écoles limitent les admissions, les infirmières

[Text]

Scott was saying, is some more rational planning so that we know why we are spending a lot of money to educate doctors, and have some idea of what they are going to do once they get out.

Mr. McCauley: In response to Dr. Halliday's question you said that your membership was approximately 150. Is it static? Is it growing? Are there more and more doctors concerned with the kind of issues that you are concerned with?

Dr. Rachlis: It has been relatively flat. We are five years old now. It has been relatively flat over that period of time. Maybe we have not done as good a job of recruiting as we might.

Mr. McCauley: How serious is the problem of opted-out doctors in Ontario? One hears arguments based on percentages, but they never have impressed me because 10% of nothing is still nothing. In numerical terms, in terms of specialties and geography, how serious is the problem?

Dr. Rachlis: It tends to be quite serious, of course, in certain areas, in certain specialties. I can tell you the most recent figures I have. In the City of Toronto 91% of anaesthetists were opted out; 71% of gynaecologists in Metropolitan Toronto; 43% psychiatrists in the City of Toronto; and these numbers are rather large. For example, in the City of Toronto of 190 anaesthetists, of course with all those hospitals downtown, 173 are opted-out, and then there are other areas where the absolute numbers are smaller, but the percentages are worse. For example, in, let us say, York region, there are three urologists. They are all opted-out. That is 100%. There are four otolaryngologists and they are all opted out. On the other hand, in what tends to be poor areas of the province, there are fewer doctors who are opted out. The market does operate to that extent, that you tend to find more opted out doctors in Ontario in wealthier areas. So, the numbers, even if they are only 14.5%, which is overall in the provinces, which is what they are now and what the Minister of Health in Ontario likes to point to, and even if only 7% or 6% of services involve an extra bill, if you are located in York region and you have a prostate problem, it really does not help you to know that there are a lot of opted-in urologists in the Province of Ontario.

• 1620

Mr. Blaikie: In Sault Ste. Marie.

Mr. McCauley: You make the extraordinary statement in your brief—I find it extraordinary; perhaps I have been brainwashed:

"Many physicians would welcome the opportunity to practise under a salary . . . system".

Do you really believe that?

[Translation]

s'expatrient, puis le cycle recommence. Comme le Dr Scott vous le disait, il faudrait planifier d'une façon plus rationnelle pour savoir à quoi sert l'argent que nous dépensons pour former des médecins, pour prévoir ce qu'ils feront lorsqu'ils sortiront des écoles.

M. McCauley: Vous avez dit tout à l'heure au Dr Halliday que vous aviez environ 150 membres. Est-ce que ce chiffre change? Est-ce qu'il augmente? Est-ce qu'il y a de plus en plus de médecins qui s'inquiètent du genre de questions qui vous intéressent?

Dr Rachlis: Ce chiffre n'a pas beaucoup bougé. Notre association a maintenant cinq ans et pendant toute cette période, le nombre de ses membres est resté assez constant. Peut-être n'avons-nous pas recruté aussi énergiquement que nous aurions pu.

M. McCauley: À quel point le problème de la désaffiliation des médecins est-il grave en Ontario? On nous cite des pourcentages, mais cela ne m'impressionne pas parce que 10 p. 100 de rien, cela fait toujours rien. En termes numériques, en termes de spécialités et de géographie, quelle est la gravité du problème?

Dr Rachlis: C'est un problème passablement grave, bien sûr, dans certaines régions, pour certaines spécialités. Je peux vous citer les chiffres les plus récents que je possède: dans la ville de Toronto, 91 p. 100 des anesthésistes se sont désaffiliés; 71 p. 100 des gynécologues dans le Toronto métropolitain; 43 p. 100 des psychiatres dans la ville de Toronto; ce sont des nombres assez considérables. Par exemple, dans la ville de Toronto, il y a 190 anesthésistes, évidemment avec tous ces hôpitaux au centre-ville, et 173 d'entre eux se sont désaffiliés; à côté de cela, vous avez des régions où les chiffres sont moins impressionnants en termes absolus, mais les pourcentages pires. Par exemple, prenez la région de York: trois urologues, tous désaffiliés. Cela fait 100 p. 100. Il y a quatre oto-laryngologiste et ils sont tous déconventionnés. D'un autre côté, dans les régions désavantagées de la province, il y a moins de médecins qui sont déconventionnés. Les forces du marché fonctionnent dans cette mesure, c'est-à-dire qu'on a tendance à trouver davantage de médecins déconventionnés dans les régions plus riches de l'Ontario. Donc, même s'il n'y a que 14,5 p. 100 des médecins dans toutes les provinces qui sont déconventionnés, ce que le ministre de la Santé de l'Ontario aime souligner, et même si seulement 7 p. 100 ou 6 p. 100 des services font l'objet d'une surfacturation, il ne vous est pas très utile si vous habitez York, et si vous avez un problème de prostate de savoir qu'il y a beaucoup d'urologues conventionnés en Ontario.

M. Blaikie: À Sault-Sainte-Marie.

M. McCauley: Je trouve que vous faites une déclaration extraordinaire dans votre mémoire, ou peut-être c'est que moi j'ai subi un lavage de cerveau:

Beaucoup de médecins seraient contents d'avoir l'occasion d'exercer la médecine soumis à un régime de salaire.

Vous êtes vraiment de cet avis?

[Texte]

Dr. Rachlis: I think it depends on how it is designed. I think if you offered people enough money and good working conditions, you are going to have people working in those jobs. I do know that there is a fair bit of discontent amongst many physicians about the fee for service system, and what it pays for, what it does not pay for, and that many doctors would like to be unencumbered with that. In fact, some of the doctors who opt out say that they do so because they do not feel the present fee for service system reimburses them adequately for the job they are doing.

Mr. Breau: Dr. Halliday is now on a salary.

Dr. Scott: I think one of the problems in Ontario is that there is the option of becoming a health service organization, and there are, I think, 18 now in Ontario. I think the physicians who work in them are very satisfied. It is very difficult to set up a health service organization unless you have a very stable and very organized practice, which you do not get when you start out into practice. As a beginning physician, you cannot become a health service organization; you have to go for fee for service, and that is a problem.

Mr. McCauley: Are you concerned about the image of doctors in the country?

Dr. Frank: Ours or others.

Mr. McCauley: It is a general question.

Dr. Rachlis: I would respond by saying, yes, we are, and some people have said we are, in a sense, apologists for the medical profession. I think we do feel that the medical profession has a lot to offer this country, and that what they have said about the public health insurance issues may in fact damage their credibility in the future when it comes to other things. I think that certainly I can say, from growing up in Winnipeg, when the *Winnipeg Free Press* ran editorials against medicare in the mid-60's, and now, over the last five years...

Mr. Blaikie: It was a Liberal paper then too.

Dr. Rachlis: That is right.

Mr. McCauley: Pay no attention to comments from the other side of the table.

Dr. Rachlis: Now, I know that newspaper is consistently coming out against doctors. I know that best from Winnipeg because that is where I grew up and I can compare from the 1960's. I think I am personally concerned that what doctors are saying now about public health insurance issues, which the general public and all parties in this Parliament oppose, in fact, will damage their credibility on the many other fine things they have to say.

Mr. McCauley: Thank you.

The Chairman: Dr. Foster.

Mr. Foster: Thank you very much, Mr. Chairman.

[Traduction]

Dr Rachlis: Je pense que tout dépend des modalités. Si on offrait aux médecins un traitement suffisamment élevé et de bonnes conditions de travail, ils seront contents de travailler. Je sais que beaucoup de médecins sont assez mécontents du Régime de rémunération à l'acte, avec certains services qui sont payés, et certains qui ne le sont pas, et que beaucoup de médecins aimeraient s'en débarrasser. Certain des médecins qui sont non conventionnés prétendent qu'ils le sont parce qu'ils n'estiment pas que le régime actuel les rémunère suffisamment.

M. Breau: Le Dr Halliday touche maintenant un traitement.

Dr Scott: L'un des problèmes en Ontario c'est qu'il y a la possibilité de s'intégrer à un organisme de services de santé et il y en a 18, je pense, en Ontario à l'heure actuelle. Je pense que les médecins qui y travaillent sont très satisfaits. Il est très difficile de mettre sur pied un organisme de services de santé si on n'a pas une clientèle très stable et très organisée, ce qui n'est pas le cas lorsqu'on s'établit. En tant que médecin débutant, on n'a pas le droit de faire partie d'un organisme de services de santé; il faut être rémunéré à l'acte. C'est de là que découle le problème.

M. McCauley: Vous préoccupez-vous de l'image du médecin au Canada?

Dr Frank: La nôtre ou celle des autres?

M. McCauley: Il s'agit d'une question générale.

Dr Rachlis: Je dirais que oui, nous nous en préoccuons. Certains disent que dans une certaine mesure nous sommes des défenseurs de la profession médicale. Nous sommes d'avis que notre profession a beaucoup étonné au pays. Je pense que certains des commentaires faits par certains médecins au sujet de l'assurance-santé peut nuire à leur crédibilité à l'avenir sur d'autres questions. J'ai été élevé à Winnipeg dans les années 1960, et je puis vous dire que lorsque le *Winnipeg Free Press* publiait des éditoriaux s'opposant à l'assurance-santé, et maintenant depuis cinq ans...

M. Blaikie: C'était un journal libéral même à cette époque-là.

Dr Rachlis: C'est exact.

M. McCauley: Il ne faut pas faire attention aux observations qui viennent de l'autre côté de la table.

Dr Rachlis: Je sais que maintenant le journal s'oppose constamment à la position prise par les médecins. Je peux comparer la situation actuelle à Winnipeg à celle qui existait dans les années 1960. Personnellement, je suis inquiet, parce que je pense que les commentaires faits par certains médecins maintenant au sujet de l'assurance, avec lesquels le grand public et tous les partis politiques ne sont pas d'accord, auront un effet néfaste sur leur crédibilité sur toutes sortes d'autres sujets.

M. McCauley: Merci.

Le président: Monsieur Foster.

M. Foster: Merci beaucoup, monsieur le président.

[Text]

Dr. Rachlis, I note that you strongly endorse and applaud the Canada Health Act, and we commend you for that, of course, on this side of the table. I take it that you are a reform group. Do your members all have to be members of the Ontario Medical Association in order to practise? Are you considered a reform group within the Ontario Medical Association?

Dr. Rachlis: Physicians, to practise in Ontario, must be members of the College of Physicians and Surgeons of Ontario but do not have to be members of the Ontario Medical Association. Within our group, I do not know the exact percentages but many are members of the OMA as well. I happen to be mainly because of its disability plan. So, there are in fact significant numbers of people who are members of the OMA or CMA who may be members for financial and other reasons, not necessarily the policies they espouse.

• 1625

Mr. Foster: When the group was established, was it mainly to enhance and preserve the medicare program that we have or are you active on a lot of other issues as well?

Dr. Rachlis: As mentioned in the brief, we have been active in other areas, although I think we are best known for our stand on medicare.

Mr. Foster: Regarding the amount of extra billing, when the minister was here with her officials, I believe she suggested that extra billing in Ontario was of the order of \$15 million and perhaps \$100 million in the whole country. I took it from some of your comments that you thought that the amounts there were probably pretty conservative and that they might be much higher. Is that true?

Dr. Rachlis: That is not what I intended, in fact. What I meant was that because there is no central collection of the amount of extra billing, as opposed to those services which might include an extra bill, we cannot have an accurate total of the amount of extra billing in the Province of Ontario. I think I know the formula which the federal government has used to come up with its estimate but it could well be out 10%, 20% or 30% or more.

Mr. Foster: You were mentioning the various specialties wherein extra fees are charged. I think some of the documentation provided with the proposed act when it was introduced suggested that an anaesthetist may charge, for instance, \$200 for an operation. Supposedly the anaesthetist in B.C. or Quebec, where they do not have this, wants to charge an extra \$200. In fact, I know of a friend of mine who had triple bypass heart surgery, and his anaesthetist's fee was something like \$800. Supposedly, if the anaesthetist in Ontario is charging an extra \$200 or \$800 for an operation, the anaesthetists in Quebec or Vancouver want to do the same. Maybe this will seem like an unfair question because you are from

[Translation]

Docteur Rachlis, je constate que vous êtes fortement en faveur de la Loi sur la santé au Canada, et nous, de ce côté-ci de la table, vous en félicitons. Je crois savoir que vous êtes un groupe qui préconise la réforme. Vos membres sont-ils obligés d'être membre de l'Association médicale de l'Ontario? Êtes-vous un groupe de réforme au sein de l'Association médicale de l'Ontario?

Dr. Rachlis: Enfin d'exercer la médecine en Ontario, les médecins doivent être membre du Collège des médecins et des chirurgiens, mais il n'est pas nécessaire d'être membre de l'Association médicale de l'Ontario. Je ne connais pas les chiffres, mais je sais que beaucoup de nos membres sont également membre de l'Association médicale de l'Ontario. Il se trouve que moi-même j'en suis membre, surtout à cause du régime d'invalidité de l'Association. Il y a beaucoup de médecins qui sont membre de l'Association médicale de l'Ontario ou de l'Association médicale canadienne à cause de considération financière, et non pas à cause des politiques préconisées par les associations.

M. Foster: Lorsque votre groupe a été créé, son but principal était-il d'améliorer et de préserver le régime d'assurance-santé actuel, ou est-ce qu'il s'intéresse à toutes sortes d'autres questions également?

Dr. Rachlis: Comme nous l'avons dit dans notre mémoire, nous nous sommes intéressés à d'autres questions, même si nous sommes connus surtout pour notre position au sujet de l'assurance-santé.

M. Foster: Lorsque le ministre était devant nous avec ses fonctionnaires, je pense qu'elle nous a dit que la surfacturation représentait 15 millions de dollars en Ontario et peut-être 100 millions de dollars dans tout le pays. J'ai cru savoir d'après certains de vos commentaires que vous estimiez ces évaluations plutôt modestes, et que les montants pourraient être beaucoup plus élevés. Est-ce exact?

Dr. Rachlis: Ce n'est pas ce que j'ai voulu dire. Ce que j'ai voulu dire, c'est que puisqu'il n'y a pas d'organisme central qui calcule la surfacturation, mais des services qui imposent une surfacturation, il est impossible d'avoir une idée précise du montant total de la surfacturation en Ontario. Je crois connaître la formule utilisée par le gouvernement fédéral, mais je pense qu'il pourrait y avoir une erreur de 10, 20, 30 p. 100 ou plus dans les chiffres.

M. Foster: Vous parliez des différentes spécialités qui font l'objet d'une surfacturation. D'après la documentation qui accompagne le projet de loi, un anesthésiste peut demander 200 dollars pour une opération. On peut supposer que les anesthésistes de la Colombie-Britannique ou du Québec veulent demander 200 dollars supplémentaires. Un de mes amis a subi une opération cardiaque de dérivation triple, et les honoraires de l'anesthésiste étaient d'environ 800 dollars. On peut supposer que si les anesthésistes de l'Ontario demandent 200 dollars supplémentaires ou 800 dollars pour une opération, les anesthésistes du Québec ou de Vancouver veulent faire la même chose. Puisque vous êtes de l'Ontario, la question n'est

[Texte]

Ontario, but do they have a more flexible kind of provision in their fee schedule in those provinces?

Dr. Frank: The problem you are describing is actually part of a much larger and even more interesting problem, which is that a comparison of fee schedules from province to province reveals them to be in random numbers. To a large degree, there are very irrational differences between the provinces in many many fees. They are the result of specific decisions made in the negotiation process by the provincial medical associations who have forces vying for various chunks of the pie within them. So it is the result, then, of a cumulative and very complex political process. And when people go and practise in any given province, that is part and parcel of one's decision to settle there; one learns how to make the best Of the fee schedule to be dealt with, including the presence or absence of opting out as an income-supporting option.

Mr. Foster: In other words, it is sort of like wage negotiations. It does not really matter what you are worth; it matters how much clout or how much bargaining power you have.

I noticed your suggestion about merit pay, and I know some members who are opposed to the Canada Health Act talk about the elements of opting out and extra billing as being a merit-pay technique. I am interested to know regarding this proposal which you have here and which would be decided by the profession itself, has that ever been suggested in negotiations with the profession and with the Government of Ontario in the OHIP program?

Dr. Rachlis: As you may know, the Government of Ontario has had lengthy and, sometimes, acrimonious negotiations with its medical profession in the last four years. I have read as much as I can on those negotiations and as near as I can tell, that has not been proposed. But I do know from private discussions, certainly with officials in the Ontario Ministry of Health, that they have said they are not really too concerned about what happens within the fee schedules; they would certainly be open to suggestions such as this, as long as the total bill for a physicians' services was not increased. They have said this in terms of certain services which are claimed to be undervalued in the fee schedule, such as obstetrics. They have said they might entertain giving more for that if they could give less for something else.

• 1630

I do not know about other provincial governments, but I think within Ontario there certainly is the attitude that they would be prepared to sit down with the medical profession and talk about these things as long as it was within the total amount they are presently spending.

Mr. Foster: It certainly seems like a good idea, because obviously some people are more outstanding specialists than others. I think it is an argument against a flat rate, that there should be some special merit pay for people who are really outstanding. I have read recently of at least one physician who is planning to move to the United States, where he could be free to charge whatever he wants and not have to conform to a uniform fee schedule. It sounds as if it is possible.

[Traduction]

peut-être pas juste, mais j'aimerais savoir si ces provinces ont un barème d'honoraires plus souple?

Dr Frank: Le problème que vous décrivez fait partie d'un problème plus important et plus intéressant, c'est-à-dire la différence des barèmes des honoraires d'une province à l'autre. Très souvent, il y a des différences très peu fondées dans les honoraires des provinces. Les honoraires sont établis à la suite de décisions précises faites lors du processus de négociations par les associations médicales provinciales, dont les membres veulent tous avoir des honoraires favorables. Les barèmes d'honoraires sont donc le résultat d'un processus politique très compliqué. Lorsqu'un médecin décide d'exercer la médecine dans une province donnée, il doit toujours tenir compte du barème d'honoraires, et de la possibilité ou non de se déconventionner pour augmenter son revenu.

M. Foster: Autrement dit, c'est un peu comme les négociations salariales. Ce n'est pas vraiment la valeur réelle qui compte, mais plutôt la pression qu'on peut exercer.

Je sais que certains membres qui s'opposent à la Loi sur la santé au Canada disent que la possibilité de se déconventionner et la surfacturation sont des éléments d'un régime de rémunération au mérite. Est-ce que la rémunération au mérite a déjà été proposée lors des négociations entre les médecins et le gouvernement de l'Ontario dans le cadre du programme d'assurance-santé de l'Ontario?

Dr Rachlis: Comme vous le savez peut-être, le gouvernement a eu des négociations longues et parfois acrimonieuses avec la profession médicale depuis quatre ans. J'ai lu tout ce que j'ai pu au sujet de ces négociations, et à ma connaissance, cette possibilité n'a pas été proposée. Mais je sais d'après certaines discussions privées avec des fonctionnaires du ministère de la Santé de l'Ontario, qu'ils se préoccupent peu des barèmes d'honoraires. Ils seraient certainement prêts à envisager des changements, pourvu que la facture totale des services fournis par un médecin ne soit pas augmentée. Ils l'ont dit pour certains services qui sont soi-disant sous-évalués dans le barème des honoraires, par exemple, les services d'obstétrique. Ils seraient prêts à accorder certaines majorations pour ces services s'ils pouvaient effectuer des réductions ailleurs.

Je ne sais pas quelle est la position des autres gouvernements provinciaux, mais en Ontario, les autorités seraient disposées à négocier avec le corps médical à condition de ne pas toucher au montant actuel des dépenses.

M. Foster: Cela semble a priori une excellente idée, car de toute évidence, certains spécialistes sont plus réputés que d'autres. C'est un argument contre le taux unique, militant en faveur d'honoraires supérieurs pour ceux qui le méritent vraiment. J'ai lu dernièrement un article sur un médecin qui avait l'intention de déménager aux États-Unis parce qu'il pourrait faire payer ce que bon lui semble sans avoir à se conformer à un barème d'honoraires uniforme. Cela semble donc possible.

[Text]

The Chairman: This is your last question for now.

Mr. Foster: The other point I wanted to ask about is this. You suggest in your brief there is a large number of people in Ontario who may not have any OHIP numbers; in other words, who really do not have access to medicare. Do these people shop often at your clinic or at your offices, and what happens to them? Do they get service, and who pays for it?

Dr. Rachlis: They certainly get service where I work. In fact, as I said, after struggling with the Ontario government to prove part of our service was taking care of people without health insurance, they are now moving to the point where evidently they are thinking this may be one of the ways of dealing with the problem of people who do not have health insurance, saying there is a system for them and it is community health centres.

In fact, we do not know how widespread the problem is. I did some surveys over a course of three years of nine health centres in Toronto and Ottawa and discovered that, aggregating their figures, approximately 15% of people attending those clinics did not have health insurance. Unfortunately, the figures here are quite inaccurate, because the Province of Ontario, with 8.5 million residents, has over 12 million OHIP numbers, and in fact, it is symptomatic of the trouble with health data throughout the system that we do not know what the problem is.

I must say I have personally corresponded with the Minister of Health in Ontario and in Ottawa about this a number of times, and I have asked that some sort of survey be done. The Ministers in Ontario and three I have corresponded with on this matter have usually said there is no problem, or if there is a problem with people without OHIP, they can get premium assistance.

One of the things I was looking for in the present legislation was monitoring that would include some type of periodic survey to determine the number of people without health insurance, because these people tend to be rather invisible. One of the reasons they may not have premium assistance is because they are illiterate and they cannot fill out forms, things such as that.

I mentioned this fellow I took on a month ago with diabetes because I think it is a very good example. But we do see people regularly enough who do not seek care. What you might do is start quizzing taxi drivers you ride with, because they are young males who tend not to contact the health system unless they are ill. They do not have to go for regular pap smears or renewals of birth control pills and so on. They also tend to be people who might take the attitude: I do not want to pay \$85 every three months; I am going to take my chances. Of the taxi drivers I tend to ask, about 20% to 30% do not have OHIP.

Dr. Scott: I think the other thing is that we spend part of our time, to some degree, trying to get these people OHIP numbers, and that is not paid for by the fee-for-service system.

[Translation]

Le président: Votre dernière question pour ce tour.

M. Foster: Vous dites dans votre mémoire qu'un grand nombre d'Ontariens ne cotisent pas à l'O.H.I.P., qu'en d'autres termes, ils n'ont pas véritablement accès aux soins médicaux. Ces personnes se présentent-elles souvent à votre clinique ou dans vos bureaux, et dans ce cas, que se passe-t-il? Sont-elles soignées et qui paye pour ces soins?

Dr. Rachlis: Elles sont soignées dans ma clinique, c'est sûr. En fait, comme je l'ai déjà dit, après avoir longuement lutté avec le gouvernement de l'Ontario pour lui démontrer qu'une partie de nos services visait justement ceux qui n'ont pas d'assurance médicale, ce dernier semble maintenant penser à l'évidence que les centres de soins communautaires sont peut-être un des moyens de régler le problème de ceux qui n'ont pas d'assurance médicale.

Nous ne savons pas d'ailleurs quelle est l'étendue du problème. Sur une période de trois ans, j'ai fait une enquête auprès de neuf centres de soins à Toronto et à Ottawa, et j'ai découvert qu'en additionnant les chiffres, environ 15 p. 100 des personnes se rendant dans ces cliniques n'étaient pas couvertes par une assurance médicale. Malheureusement, les chiffres ne sont pas tout à fait précis car bien qu'il n'y ait que 8.5 millions de résidents en Ontario, le nombre de cartes d'O.H.I.P. dépasse les 12 millions, ce qui est symptomatic de l'état des données en matière de santé dans tout le système. Nous ne pouvons mesurer l'étendue du problème.

J'ai personnellement correspondu à plusieurs reprises avec les ministres de la Santé de l'Ontario et d'Ottawa à ce sujet, et je leur ai demandé qu'une enquête soit menée. Leur réponse a généralement toujours été que cela ne posait pas de problème, ou que s'il y avait problème pour les personnes sans couverture de l'O.H.I.P., elles pouvaient bénéficier d'une aide au niveau des cotisations.

J'attendais en particulier de la présente législation qu'elle prévoie un contrôle incluant des sondages périodiques permettant de déterminer le nombre de personnes non couvertes par une assurance médicale, car elles ont plutôt tendance à demeurer invisibles. Si elles peuvent ne pas bénéficier de cette aide au niveau des cotisations, c'est, entre autres parce qu'elles sont peut-être illettrées ou parce qu'elles ne peuvent remplir les formulaires.

J'ai mentionné le cas de ce patient diabétique remontant à un mois, car je crois que c'est un très bon exemple. Le nombre de personnes que nous rencontrons et qui ne se soignent pas est constant. On pourrait commencer par questionner les chauffeurs de taxis, car ce sont de jeunes hommes qui ont tendance à ne pas faire de visites régulières dans des centres de santé, tant qu'ils ne sont pas malades. Ils n'ont pas à faire régulièrement des tests de Pap, ou à faire renouveler leurs ordonnances de pilule anticonceptionnelle, etc. Ils ont également tendance à penser, je n'ai pas envie de payer 85 dollars tous les trimestres, je prends le risque. Vingt à 30 p. 100 des chauffeurs de taxis que je questionne ainsi ne sont pas couverts par l'O.H.I.P.

M. Scott: Nous essayons également dans une certaine mesure d'obtenir que ces personnes soient couvertes par l'O.H.I.P., ce qui n'est pas le cas pour ceux qui se font payer à

[Texte] .

We are allowed to do that because Michael and I both work under different funding, but a fee-for-service physician could not do that and be paid for it.

The Chairman: Dr. Foster, I will come back to you again if you wish.

Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you very much, Mr. Chairman.

• 1635

On page 5 of your brief—I will address this to Dr. Rachlis or whoever would like to answer—you mention that the Canada Health Act does not address some of the other problems of our health care delivery system. Then you go on in the following paragraph . . . and I assume you are enumerating some of these problems—on the social, economic, occupational and environmental conditions.

I am not sure what you are suggesting here, whether within the framework of the Department of National Health and Welfare federally we should be addressing economic problems in the Canada Health Act or whether you are suggesting that the various departments should have health divisions within them to ascertain the health aspects of their legislation. I wonder if you would comment on that.

Dr. Frank: If I could make a comment on that, there are some surprisingly simple policies which we know would have a much greater impact on the health status of Canadians than many of the very complicated and expensive biomedical interventions into which we put a lot of resources. A good example would be a very concentrated campaign against smoking in young people who are starting, particularly younger women, who have one of the few rates which have stayed the same. Scientifically it is fairly easy to show that the health benefits that would accrue to the Canadian population per dollar spent on that are probably by a factor of 10 greater than the health benefits that would accrue from dollars spent in any other way.

Mr. Lang: I am not going to debate that, but I would certainly be interested in seeing those scientific studies you are quoting because you go on in this paragraph to indicate that:

Unfortunately we spend almost all of our resources on diagnosis and cure.

I think the implication is clearly left there that we should be transferring some of our resources from treatment and diagnosis into educational campaigns such as against smoking. I am sure that that is not a good idea, that there is underfunding in selective areas of treatment and diagnosis. I think that would be a disaster, especially when, even though I think we should continue our education against smoking, I am not convinced that educational programs per se are what bring down the statistics on smoking, etc. So I would be very interested in seeing your studies on that.

Dr. Frank: I would refer you to the report of the Ontario Council of Health on smoking, which had excellent scientific

[Traduction]

l'acte. Nous pouvons le faire, car Michael et moi-même bénéficions d'un système de financement différent, alors qu'un médecin payé à l'acte ne pourrait se faire rembourser.

Le président: Monsieur Foster, je vous redonnerai la parole si vous le désirez.

Monsieur Lang.

M. Lang: Merci beaucoup, monsieur le président.

A la page 5 de votre mémoire—ma question s'adresse à M. Rachlis ou à toute autre personne souhaitant répondre—vous dites que la Loi canadienne sur la santé ne résout pas certains des autres problèmes de notre système de prestation de soins. Au paragraphe suivant, et je suppose que vous énumérez certains de ces problèmes, vous parlez des circonstances sociales, économiques, professionnelles et écologiques.

Je ne vous suis pas très bien. Voudriez-vous que le ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social résolve certains problèmes économiques par le biais de la Loi canadienne sur la santé ou suggérez-vous que tous les ministères devraient comporter des services de santé pour superviser les aspects touchant à la santé des lois les régissant? Pourriez-vous m'éclairer?

Dr. Frank: Des initiatives d'une simplicité enfantine pourraient être prises et elles auraient selon nous une beaucoup plus grande incidence sur la santé des Canadiens que grand nombre des interventions bio-médicales excessivement compliquées et onéreuses auxquelles nous consacrons énormément de ressources. Une campagne très active contre le tabac visant les jeunes qui commencent à fumer, surtout les jeunes femmes, leur pourcentage étant un des seuls à rester identique, serait un bon exemple. Il est relativement facile de démontrer scientifiquement que les avantages pour la santé de la population canadienne proportionnellement aux sommes dépensées seraient probablement 10 fois plus élevés que les avantages tirés de dépenses analogues sous toute autre forme.

M. Lang: Je n'en débattrai pas, mais il m'intéresserait vivement de voir ces études scientifiques que vous citez, car dans ce même paragraphe vous dites:

Malheureusement nous consacrons presque toutes nos ressources aux diagnostics et aux remèdes.

Il est clair que vous souhaitez que nous transférions certaines de ces ressources consacrées aux traitements et aux diagnostics à des campagnes éducatives telles que celle contre le tabac. Ce n'est pas une bonne idée, car certains domaines particuliers de traitements et de diagnostics sont déjà sous-financés. Ce serait, à mon avis, désastreux étant donné surtout que, bien que nous devions, je pense, poursuivre nos campagnes d'éducation contre le tabac, je ne suis pas convaincu que les programmes éducatifs en tant que tels soient responsables de la diminution du nombre de fumeurs, et caetera. J'aimerais donc beaucoup voir ces études que vous mentionnez.

Dr. Frank: Je vous renverrai au rapport sur le tabac du Conseil de la santé de l'Ontario, qui émet d'excellents conseils scientifiques et résume toutes les données sous une forme

[Text]

advice and summarizes the data in an excellent form. I will give you an example, if I may.

Mr. Lang: Some of the stuff I have read indicates that even if you raise taxes on cigarettes there is a temporary dip in consumption but then it goes back up because of the addictive process of nicotine. But I do not want to get caught up in that.

I am very interested in your comments about the kick-back effects of physician morale. I wonder if you could amplify your concerns in that regard because I would agree with you that a really serious problem with physician morale already exists. I wonder if you could tell me what kind of an effect that would have on patients.

Dr. Frank: I guess by my contact with medical students I am aware of a mismatch between their perception of the profession they are entering and the social reality. They very much see themselves as entering a world that existed some decades ago in the sense that there were no threats to a physician's right to practise where he or she liked. Whether I personally like it or do not like it, there are two provinces where those threats now exist—that is social reality—and there will be more.

I do not think there is any question that provinces have to do something about resource distribution. We have indicated our concern that those manoeuvres have to be carefully thought out and carefully evaluated.

I see, however, that people entering the profession are really quite ill-prepared for this possibility and react, as I think the statement of the Canadian Association of Interns and Residents indicates, in a way which suggests *naïveté* about the social realities.

Mr. Lang: I was not asking about the medical students or the interns; I was asking about the physicians, the morale of the physicians.

Dr. Frank: Yes.

Mr. Lang: I tend to agree with you. In fact, I agree with you outright that the interns and residents certainly need protection. If I thought this act could be amended to provide that kind of protection for the right to practise, I would take that kind of action. I think right now the department is investigating whether it is legally possible for us to do that. There is a question of jurisdiction there.

• 1640

I am more interested in the problem of physician morale, that of those who are already out practising. What is your perception? Do you feel that there is a problem?

Dr. Rachlis: I think one of the basic problems with physician morale, a problem that has been growing for the last 20 years or so, is that we are taught as medical students and then as graduate physicians that we are supposed to be out there curing people. Certainly, as a medical student, I thought almost every second patient coming to my office would be a young person suffering from a treatable condition and I could wave my magic wand of pill or scalpel and the person could be

[Translation]

excellente. Avec votre permission, je vous donnerai un exemple.

M. Lang: Certains des documents que j'ai lus démontrent que même si on augmente la taxe sur les cigarettes, il peut y avoir chute temporaire de la consommation, mais elle remonte de nouveau à cause de la dépendance créée par la nicotine. Je ne tiens pas à m'enfermer dans ce débat.

Vos commentaires sur les effets en retour du moral des médecins m'intéressent beaucoup. J'aimerais que vous m'en disiez un peu plus à ce sujet, si c'est possible, car je conviens avec vous que ce problème du moral des médecins existe déjà et qu'il est vraiment grave. Pourriez-vous me dire quel genre d'effet cela peut avoir sur les patients?

Dr. Frank: Mes contacts avec les étudiants en médecine me font voir qu'il y a distorsion entre leur perception de leur future profession et la réalité sociale. Ils semblent convaincus qu'ils vont entrer dans un monde qui existait il y a quelques décennies, lorsque le droit d'un médecin à exercer là où il ou elle voulait n'était aucunement menacé. Que cela me plaise ou non personnellement, il y a deux provinces où ces menaces existent maintenant, c'est la réalité sociale, et il y en aura d'autres.

Il est incontestable que les provinces doivent faire quelque chose en matière de répartition des ressources. Nous avons indiqué la nécessité de soigneusement penser et de soigneusement évaluer ces grandes manoeuvres.

Je constate cependant que ceux qui entrent dans la profession sont extrêmement mal préparés à cette possibilité et réagissent, comme l'indique, à mon avis, la déclaration de l'Association canadienne et des résidents, d'une manière qui dénote une certaine naïveté devant les réalités sociales.

M. Lang: Ma question ne concernait pas les étudiants en médecine ou les internes, elle concernait les médecins, le moral des médecins.

Dr. Frank: Oui.

M. Lang: Je suis plutôt d'accord avec vous. En fait, je conviens tout à fait que les internes et les résidents ont besoin d'être protégés. Si je pensais que cette loi pouvait être modifiée pour assurer ce genre de protection du droit d'exercer, j'agiserais en conséquence. Je crois qu'à l'heure actuelle le ministère essaie de déterminer si légalement nous pouvons le faire. Il y a une question de juridiction.

Je m'intéresse plus au problème du moral des médecins, du moral de ceux qui exercent déjà. Pensez-vous qu'il y a un problème?

Dr. Rachlis: Je crois qu'un des problèmes fondamentaux du moral des médecins, problèmes qui se manifestent de plus en plus depuis les 20 dernières années, est qu'on nous a enseigné en tant qu'étudiants en médecine, puis médecins diplômés, que nous étions censés guérir les gens. Lorsque j'étais étudiant en médecine, je pensais que pratiquement un patient sur deux venant dans mon bureau serait une personne jeune souffrant d'un mal guérissable et qu'un coup de baguette magique, de

[Texte]

returned to a happy, fulfilling life and the workforce. In fact, of course, even though that is what we are still taught in medical school, the vast majority of our time is spent with people over the age of 65 who are suffering from a variety of chronic conditions, none of which are amenable to cure.

Mr. Lang: That is absolute nonsense, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: Order! Order, please.

Dr. Rachlis: I think that is certainly one of the major morale problems I face, even this morning in Wellesley Hospital.

Mr. Lang: Mr. Chairman, that is nonsense. If you went through medical school in any of the medical schools in this country and did not experience the fact that most of the patients in the teaching hospitals on the medical floors are senior citizens, I would like to know which medical school you attended.

The Vice-Chairman: Dr. Rachlis.

Dr. Rachlis: Certainly the vast majority of people we learned from in the hospital wards were people who were older and who were usually suffering from a chronic condition. I am simply making the case that the way medicine is portrayed through our media, through *Marcus Welby*—for which, I might add, the American Medical Association had script refusal rights—because of all this, and especially the first few years of medical school, we were made to feel that we were going to be able to cheer people and learn skills to make people better. I do not think it is until later on, in our clinical years and as we get into practice, that we realize that we are facing older people who are suffering from chronic illnesses. In the emergency department, instead of seeing people whom we can immediately make better, we are faced with a 77-year-old who has just had his fourth stroke; we do not have any acute care beds, we cannot get him into a nursing home for three months and his wife and daughter are crying on our shoulders and begging us not to send him home. I think those are the real morale problems our health care system is facing. In a sense, by putting all our eggs in one basket, by concentrating medical education and our treatment system, for that matter, on cheer and methods of cheer, we are giving a very bad morale problem to physicians.

The Vice-Chairman: One last question.

Mr. Lang: Aside from the problem to which you have just alluded, which is that there does appear to be a very serious problem of underfunding of chronic health care facilities—which I am not sure that we, as a committee, can address; I would be interested if you could tell us how we could, knowing the jurisdictional problems—I wonder if you could comment on the problem that I often hear about, the complaint that people feel that they are being treated not as persons but rather as a disease, that they are experiencing assembly line

[Traduction]

pillule ou de scalpel pourrait la rendre à une vie heureuse, comblée et à la population active. En réalité, bien entendu, bien que cela soit toujours ce qu'on nous enseigne en faculté, nous consacrons la plus grande partie de notre temps à des personnes de plus de 65 ans, qui souffrent d'une variété de maladies chroniques pour lesquelles il n'existe aucun remède.

M. Lang: C'est absolument absurde, monsieur le président.

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Dr Rachlis: C'est certainement un des principaux problèmes de moral auxquels je sois confronté, auquel j'ai été confronté ce matin même à l'hôpital Wellesley.

M. Lang: Monsieur le président, c'est absurde. Si vous avez étudié dans n'importe quelle faculté de médecine de ce pays et si votre expérience n'a pas été que la majorité des patients dans les hôpitaux où vous avez fait vos stages étaient des personnes du troisième âge, j'aimerais savoir à quelle faculté de médecine vous avez fait vos études.

Le vice-président: Monsieur Rachlis.

Dr Rachlis: Il est vrai que la grande majorité des patients que nous avons rencontrés dans les services hospitaliers étaient des personnes âgées souffrant généralement de maladies chroniques. Je veux simplement dire que la manière dont la médecine est représentée dans nos médias, dans les séries du genre *Marcus Welby*—série où, je pourrais ajouter, l'Association médicale américaine a un droit de préemption sur les scénarios—à cause de tout cela, surtout au cours des premières années de faculté de médecine, on nous a fait croire que nous pourrions reconforter les gens et que ce que nous apprendrions nous permettrait de les rendre meilleurs. Ce n'est que plus tard, pendant nos années de stage et de pratique réelle, que nous nous rendons compte que nous sommes aux prises avec des personnes plus âgées souffrant de maladies chroniques. Dans les services d'urgence au lieu de personnes auxquelles nous pourrions immédiatement apporter un soulagement, nous nous retrouvons face à des personnes de 77 ans qui viennent juste d'avoir leur quatrième attaque; nous n'avons pas de lits de soins actifs, nous ne pouvons les faire accepter dans une maison de soins pour une période de trois mois, et leurs femmes et leurs filles pleurent sur nos épaules en nous suppliant de ne pas les renvoyer à la maison. Tels sont, à mon avis, les véritables problèmes de moral dans notre système de santé. D'une certaine manière, en mettant tous nos oeufs dans le même panier, en concentrant l'éducation médicale et notre système de traitement, d'ailleurs, sur le réconfort et les méthodes de réconfort, nous créons un grave problème de moral chez les médecins.

Le vice-président: Une dernière question.

M. Lang: Mis à part le problème que vous venez tout juste d'évoquer, à savoir qu'il semble y avoir un très grave problème de sous-financement des installations de soins chroniques—problème que je ne vois pas comment notre Comité pourrait régler; j'aimerais que vous nous disiez comment nous pourrions le faire compte tenu des problèmes de juridiction—j'aimerais votre point de vue sur une question dont j'entends souvent parler, à savoir que les patients se plaignent de n'être pas traités comme des personnes, mais plutôt comme des maladies,

[Text]

medicine. How would you rationalize this with many of the comments to the effect that we have an oversupply of doctors?—when doctors are seeing increasing numbers of people in a day.

Dr. Rachlis: I will start that off and maybe somebody else here might have some comments. One of the problems you are alluding to, I would say, is that under the payment mechanism we have set up for most physicians in this country, the fee for service system, physicians are only paid for particular services. That may have been a useful, appropriate method of payment years ago when, in fact, there were very few interventions that could be offered. Now, my understanding is that public policy has certainly moved to where governments are interested in the overall health of a population. Particularly with the numbers of people who are growing older and those with chronic illnesses, governments and, I think, people, are interested in what the overall best care is for myself, or my father, or my grandmother.

• 1645

What they want is a physician who actually can get paid not only for seeing that person in their office but who is also paid to think about that person when the patient is gone: open up a textbook, read his or her medical journals on that, perhaps go to a family conference, and do a whole bunch of things which we, I think, as patients—all of us are patients—in the system know are important parts of care. So I think in fact the fee-for-service system leads to some fragmentation of care because it rewards physicians for seeing people and not for much else; it somewhat leads to an assembly line.

I hasten to add just one . . .

Mr. Lang: Do you know what I find difficult with that, Dr. Rachlis? It is that we operated on a fee-for-service system for quite a long period of time.

The Vice-Chairman: Dr. Lang . . .

Mr. Lang: That is not answering the question, Mr. Chairman. I am sorry. I only have a limited period of time.

The Vice-Chairman: I will give you extra time. Just let him finish his answer.

Dr. Rachlis: I just was going to say that I do not want to leave the impression that physicians are greedy. I would like to quote Dr. Bob Evans, who is a health economist at UBC and who says that in fact with the way the system was set up, to encourage physicians to see more patients per unit time to make more money, the surprising thing is not how high their incomes are but that they are not higher, in fact. So the point I am making is that physicians probably perform admirably well in a system that is not set up to provide as good care as it might.

[Translation]

et de subir une médecine à la chaîne. Comment justifier que les médecins voient un nombre croissant de patients par jour, alors que selon nombre de commentateurs, il y a surabondance de médecins?

Dr Rachlis: Je donnerais un début de réponse, et un de mes collègues voudra peut-être ajouter quelque chose. Un des problèmes auxquels vous faites allusion, je dirais, est qu'en vertu des mécanismes de paiement que nous avons établis pour la plupart des médecins de ce pays, le système d'honoraire à l'acte, les médecins ne sont payés que pour certains services particuliers. Il se peut que cette méthode de paiement ait été appropriée il y a quelques années lorsque, en fait, il y avait très peu d'interventions qui pouvaient être offertes. Aujourd'hui, je crois comprendre que l'évolution de la politique publique est telle que ce qui intéresse les gouvernements, c'est l'état de santé général de la population. Compte tenu tout particulièrement du vieillissement de la population et de ces maladies chroniques, les gouvernements et, je pense, la population, recherchent un système offrant les meilleurs soins aux particuliers, à leur père ou à leur grand-mère.

Ce qu'ils veulent, c'est un médecin qui peut être payé non seulement pour voir cette personne dans son cabinet mais qui est également payé pour penser à cette personne lorsque le patient est parti: ouvrir un manuel, lire les revues médicales pertinentes, peut-être participer à une conférence familiale, et faire toute une série de choses, que nous, je pense, en tant que patients—nous sommes tous des patients—considérons comme des éléments importants des soins. J'estime donc qu'en fait le système de la rémunération à l'acte conduit à une certaine fragmentation des soins, car il récompense avant tout les médecins sur le plan quantitatif; d'où l'impression créée de médecine à la chaîne.

Je me hâte d'ajouter . . .

M. Lang: Savez-vous ce que je trouve gênant dans cette réponse, monsieur Rachlis? C'est que nous avons connu un système de rémunération à l'acte pendant une très longue période.

Le vice-président: Monsieur Lang . . .

M. Lang: Cela ne répond pas à ma question, monsieur le président. Je m'excuse. Mon temps de parole est limité.

Le vice-président: Je vous donnerai du temps supplémentaire. Laissez-le terminer sa réponse.

Dr Rachlis: J'allais simplement ajouter que je ne tenais pas à laisser l'impression que les médecins sont gourmands. J'aimerais citer le Dr Bob Evans, économiste dans le domaine médical de l'université de Colombie-Britannique, qui dit qu'en fait avec ce système qui avait été établi pour inciter les médecins à voir plus de patients par unité de temps pour faire plus d'argent, il est surprenant de constater que leurs revenus dans la réalité n'ont pas augmenté. Je veux donc simplement dire que les médecins s'acquittent probablement admirablement bien de leurs tâches dans un système qui ne permet pas d'offrir d'aussi bons soins qu'il le pourrait.

[Texte]

The Vice-Chairman: Dr. Lang.

Mr. Lang: The complaints about assembly-line medicine have actually come about recently—in the last 10 to 15 years you have read about it—not when the fee-for-service system was in operation unfettered. Now, do not take me wrong. I support medicare and I support this bill. I do not think extra billing is the way to go. But I certainly do not follow your argument. When the fee-for-service system was in operation and doctors were seeing many fewer patients in a day—and this was even prior to medicare—you did not have this complaint of assembly-line medicine. This is a recent phenomenon.

The Vice-Chairman: Dr. Rachlis, a quick response to that?

Dr. Rachlis: There has been in Ontario an historic 2% rise in utilization per capita since the early 1960s, even before medicare came in in the province. So it looks as if this increasing number of services per population has been going on for a long period of time, and it is hard to say whether that is related to public health insurance, physicians' fees, which have gone up and down during that time, or other . . .

The Vice-Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I have a number of questions here.

First, just to comment on the last statement by Dr. Rachlis about the 2% increase since 1960, of course there was medicare back in the 1960s too, because PSI or AMS covered about 90% of the population. So there effectively was a good medicare program. Benefits that broad, of course, brought about the increase in utilization, so that is easily explained, really.

A couple of comments, Mr. Chairman, if I may, about the South Riverdale Clinic, because I am interested in a few more details about how it functions. How many physicians are in that clinic at the present time?

Dr. Rachlis: Three.

Mr. Halliday: Three. Are they all family physicians, or are there some specialists?

Dr. Rachlis: They are all family physicians.**Mr. Halliday:** Do they all have hospital appointments?**Dr. Rachlis:** No.

Mr. Halliday: Do they all have admitting privileges to hospitals?

Dr. Rachlis: No. I do not know whether you are familiar with this, but in downtown Toronto it is very difficult to get admitting privileges as a family doctor. Even if you get on staff at a downtown teaching hospital in the department of family practice, there are usually so few beds that are open for you to admit patients to that your patients almost always are admitted under a specialist.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, do any of the three, then, do obstetrics?

[Traduction]

Le vice-président: M. Lang.

M. Lang: Les plaintes au sujet de cette médecine à la chaîne sont en fait récentes—cela fait dix ou quinze ans qu'on les entend—et ne remontent pas à l'époque où le système de la rémunération à l'acte fonctionnait sans entrave. Ne vous méprenez pas, j'appuie l'assurance médicale et j'appuie ce projet de loi. Je ne pense pas que la facturation supplémentaire soit la solution, mais je ne vous suis pas dans votre argument. Lorsque le système de la rémunération à l'acte fonctionnait et que les médecins voyaient moins de patients par jour—et ceci remonte même avant l'introduction de l'assurance médicale—personne ne se plaignait de la médecine à la chaîne. C'est un phénomène récent.

Le vice-président: Monsieur Rachlis, une petite réponse?

Dr. Rachlis: En Ontario l'augmentation d'utilisation par habitant est de 2 p. 100 depuis le début des années 60 avant même que l'assurance médicale n'entre en jeu. Il semble donc que cette augmentation du recours à ces services se fait sentir depuis longtemps, et il est difficile de dire si c'est lié à l'assurance médicale, aux honoraires des médecins qui ont augmenté et diminué pendant cette période ou . . .

Le vice-président: M. Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. J'ai un certain nombre de questions à poser.

Tout d'abord, au sujet de la dernière déclaration de M. Rachlis concernant les 2 p. 100 d'augmentation depuis 1960, il existait déjà au début des années 60 un programme de soins médicaux, car le PSI ou l'AMS couvrait environ 90 p. 100 de la population. Il existait donc déjà un excellent programme de soins médicaux. Bien entendu des avantages aussi importants ont entraîné une augmentation de l'utilisation, c'est facilement explicable.

Monsieur le président, j'aimerais poser une ou deux questions au sujet de la clinique *South Riverdale*, car j'aimerais avoir un peu plus de détails sur son fonctionnement. Combien de médecins compte cette clinique actuellement?

Dr. Rachlis: Trois.

M. Halliday: Trois. Sont-ils tous généralistes ou y a-t-il des spécialistes?

Dr. Rachlis: Ils sont tous généralistes.**M. Halliday:** Sont-ils rattachés à des hôpitaux?**Dr. Rachlis:** Non.

M. Halliday: Ont-ils tous des droits d'admission dans les hôpitaux?

Dr. Rachlis: Non. Vous savez peut-être qu'au centre-ville, à Toronto, il est très difficile pour un généraliste d'avoir des droits d'admission. Même si vous appartenez au personnel d'un hôpital d'enseignement du centre-ville, dans les services généraux, il y a généralement si peu de lits pour vos patients que ces derniers doivent presque toujours se faire admettre par le biais d'un spécialiste.

M. Halliday: Monsieur le président, est-ce qu'un de ces trois médecins est spécialiste en obstétrique, alors?

[Text]

Dr. Rachlis: No. I can go into it in more detail, but we are going to be bringing in an obstetrical program within the next year, which is going to involve an obstetrician coming on site half a day a week.

Mr. Halliday: But you as family physicians will not be delivering babies.

Dr. Rachlis: No.

Dr. Lexchin: But there are other health centres in the city where the physicians do do obstetrics. It is more a question of individual choice and policy of the centre than the fact that they absolutely can or cannot do it.

Dr. F. Scott: And access to obstetrical units.

Mr. Halliday: I realize this problem with access to admitting privileges, but of course it really upsets any comparisons between a study that might be done on your group vis-à-vis some other group on the periphery of Toronto or elsewhere, because your types of practice are so different, and a lot of the overhead cost in the practice of medicine is in having to leave your office. So the efficiencies that you may think you are achieving in your group are really an illusion, in many ways, because of the fact you do all your work right in the office and that is the way you can see the most patients the most quickly.

• 1650

Dr. Rachlis: To be fair, there are other rigours, such as having to leave an office to see an elderly person at home.

Mr. Halliday: Everybody has that problem.

Dr. Rachlis: In downtown Toronto, one spends a lot of time fighting the rest of the system. On Friday I had to run to Wellesley Hospital in the middle of the day, leaving the nurse I work with in the lurch, because they were about to send home a 70-year-old patient of mine who weighs 200 pounds and who is completely psychotic and cannot walk to his elderly wife, who weighs 100 pounds and has a bad back. Everybody on that ward except for the physician thought the patient should stay in hospital. So there are certain demands that take me away from a patient.

Mr. Halliday: If I could use this as an opportunity to put in a plug for the family physician, we are represented by, I guess, four here today, at least three, from that group, and referring to that group specifically. Obviously if we are going to give the quality of care that is going to stop that kind of problem that you had to deal with by running to the hospital, we need to have some changes in policies in the metropolitan areas that allow family physicians to practise in the hospital. But then that puts an obligation on that person to do that as well; and physicians tend to opt out of that now, because it is not a productive form of practice.

I do not want to get on a personal basis, and I will accept a non-answer in this one if our witnesses wish to not answer this question, but I am interested in the remuneration that

[Translation]

Dr. Rachlis: Non. Je pourrais vous donner plus de détails, mais nous allons instituer un programme d'obstétrique d'ici l'année prochaine avec la participation d'un obstétricien qui sera sur place une demi-journée par semaine.

M. Halliday: Mais en tant que médecin généraliste, vous ne vous chargerez pas des accouchements.

Dr. Rachlis: Non.

Dr. Lexchin: Il y a d'autres centres de santé de la ville où les médecins pratiquent l'obstétrique. C'est plus une question de choix personnel et de politique du centre que le fait qu'ils peuvent ou ne peuvent absolument pas le faire.

M. F. Scott: Et avoir accès aux unités d'obstétrique.

M. Halliday: Je comprends ce problème de droit d'admission, mais naturellement cela rend impossible toute comparaison qui pourrait être faite entre votre groupe et un autre groupe de la périphérie de Toronto ou d'ailleurs, à cause de la grande différence d'actes pratiqués, et des nombreux frais généraux qui s'ajoutent lorsque vous devez exercer la médecine à l'extérieur de votre cabinet. Les économies que votre groupe semble penser réaliser sont en réalité illusoire, à de nombreux égards, car vous faites tout votre travail dans votre cabinet, et c'est ainsi que vous pouvez voir le plus de patients, le plus rapidement.

Dr. Rachlis: Pour être juste, il y a d'autres rigueurs, telles que celle d'avoir à quitter son cabinet pour voir une personne âgée à domicile.

M. Halliday: Tout le monde a ce problème.

Dr. Rachlis: Au centre-ville, à Toronto, on passe beaucoup de temps à combattre le reste du système. Vendredi, j'ai dû courir à l'hôpital Wellesley en plein milieu de la journée, laissant en plan l'infirmière avec laquelle je travaille parce qu'ils allaient renvoyer chez lui un de mes patients de 70 ans qui pèse 200 livres, est complètement psychotique et ne peut se déplacer pour rejoindre sa femme âgée qui pèse 100 livres et qui a un très mauvais dos. Tout le monde dans ce service, à l'exception du médecin, pensait que le patient devrait rester à l'hôpital. Il y a donc certains problèmes qui m'obligent à quitter un patient.

M. Halliday: J'aimerais saisir cette occasion pour apporter mon soutien aux médecins généralistes. Nous en avons aujourd'hui ici présents quatre, je crois, tout du moins trois, dans ce groupe, et je parle tout particulièrement de ce groupe. Il est évident que si nous voulons offrir une qualité de soins qui mettra fin à ce genre de problème vous obligeant à courir à l'hôpital, il est nécessaire d'apporter aux politiques des régions métropolitaines certains changements permettant aux médecins généralistes d'exercer dans les hôpitaux. Cependant, d'autre part, cela leur crée une obligation supplémentaire, et les médecins ont tendance actuellement à s'y refuser, car ce n'est pas une forme productive d'exercice de la médecine.

Je ne tiens pas à personnaliser le débat, et si nos témoins ne souhaitent pas répondre à cette question je ne leur en tiendrai pas rigueur, mais je m'intéresse à la rémunération des

[Texte]

physicians get. I am not asking for your personal remuneration. I have been involved in a group for a number of years. About 10 to 15 years ago a neighbouring group to mine became involved in a capitation process similar to what you have described; not exactly the same. Their size of group was the same as mine. It turned out that when one added up their incomes and the incomes in my group—and we worked about 60 to 70 hours a week on an average—their incomes were approximately three times the incomes of the physicians in my group; about three times. It made us open our eyes as to the value of being on a capitation or salary basis, obviously.

I do not want to pry into your particular incomes, but I am wondering, is it fair to ask, for instance, are your incomes in the South Riverdale group above or below the average that Statistics Canada publishes?

Dr. Rachlis: It is less. But I have to qualify that. I will tell you. I make \$47,000 a year; and that is net before tax income. We know what Statistics Canada says; we know what the Ontario government says; we know the acrimony between governments and doctors, doctors saying in fact they do not earn any money at all and only make \$3 an hour when one works it out on a per-hour basis. On the other hand, I can also say that I know there are many doctors who are practising fee for service in my area and who are making less than that and practising very fine medicine. Again, I would just make the point that in fact in my particular area I would say the finest doctors are making less and the doctors I consider least competent are making far more.

Mr. Halliday: I would back Dr. Rachlis up on that statement. That has been my experience as well.

One last question, if I may. I am getting back to the whole philosophy of what is going on in our health care system here in Canada vis-à-vis some other countries. I think it is fair to say that what happened 25 years ago in the U.K. or in Sweden was that they had plans then, at that time, in those countries, that were not unlike what we are heading for more and more in this country. Yet as one looks at those two countries specifically, there is no doubt that they are moving away from where they were; they are moving deliberately into a system that has more private funding coming into it. In the U.K. I think it is 3 million people now are insured by private insurance schemes. Having travelled to Sweden, I was told there that they now have fees that they charge each patient per office visit. They doubled it from about \$4 to \$8, with a maximum ceiling per year on it. In other words, those countries are finding that if they are going to fund their system adequately, they have to provide other sources of revenue. Yet those are two systems that seemed to be highly superb welfare types of systems. Yet to fund the total national programs that they wanted to fund, they found they had to get some private money in their health care system as well.

It makes me wonder, are we being blind in not learning from what has happened to these other countries? Should we not be looking at that and saying perhaps we should be smart here in this country and try to seek out some method of getting in some private funding from those people who can afford it?

[Traduction]

médecins. Je ne vous demande pas quelle est votre rémunération personnelle. J'ai été membre d'un groupe pendant un certain nombre d'années. Il y a environ 10 ou 15 ans, un groupe voisin du mien s'est organisé d'une manière similaire au vôtre; pas exactement identique. La taille de ce groupe était la même que pour le mien. La somme de leurs revenus combinée était environ trois fois supérieure, trois fois, à celle des médecins de mon groupe, dont la semaine de travail était de 60 à 70 heures en moyenne. Il est évident que cela nous a fait comprendre l'intérêt de travailler sur une base salariale.

Je ne vous demande pas de nous dire quel est votre revenu particulier, mais pourrais-je vous demander, par exemple, si les revenus de votre groupe de South Riverdale sont supérieurs ou inférieurs à la moyenne publiée par Statistique Canada?

Dr Rachlis: Inférieurs. Mais je dois préciser. Je vais vous dire ce que je gagne. Je gagne 47,000\$ par an, c'est mon salaire imposable. Nous savons ce que Statistique Canada dit; nous savons ce que le gouvernement de l'Ontario dit, nous connaissons l'acrimonie entre les gouvernements et les médecins, les médecins disant qu'ils ne gagnent rien, leur salaire horaire n'étant que de 3\$ lorsqu'on fait le calcul sur une base horaire. Par contre, j'ajouterai que je connais nombre de médecins qui pratiquent la rémunération à l'acte dans ma région et qui gagnent beaucoup moins que cela tout en offrant d'excellents services. Je tiens simplement à répéter que dans ma région, les meilleurs médecins gagnent moins que ceux que je considère comme moins compétents.

M. Halliday: J'appuie M. Rachlis à cet égard, mon expérience a été la même.

Une dernière question, avec votre permission. Je reviendrai à la comparaison de ce qui se passe dans notre système canadien par rapport à ce qui se passe dans d'autres pays. Je crois qu'on peut dire qu'il y a 25 ans, le Royaume-Uni ou la Suède avaient des régimes assez similaires à ce que nous envisageons de plus en plus dans notre pays. Pourtant, quand on étudie ce qui se passe en particulier dans ces deux pays, il est incontestable qu'ils s'écartent de plus en plus de ces régimes; ils se dirigent délibérément vers un système s'appuyant beaucoup plus sur le financement privé. Je crois qu'au Royaume-Uni il y a maintenant trois millions de personnes couvertes par des régimes d'assurance privés. M'étant rendu en Suède, je me suis laissé dire qu'ils font maintenant payer des honoraires aux patients pour chaque visite. Ils sont passés d'environ 4\$ à 8\$ la visite avec un plafond maximum pour l'année. En d'autres termes, ces pays constatent que s'ils veulent financer suffisamment leur système, il leur faut trouver d'autres sources de revenu. Pourtant ce sont deux systèmes qui semblaient être des exemples superbes de bien-être social. Or, pour financer l'ensemble des programmes nationaux qu'ils voulaient financer, ils ont constaté qu'il leur fallait également injecter de l'argent privé dans leur système de soins de santé.

Cela me fait réfléchir. Ne voulons-nous pas voir ce qui est arrivé dans ces autres pays? Ne devrions-nous pas y réfléchir et décider qu'il serait peut-être intelligent pour ce pays d'essayer de trouver une méthode obligeant ceux qui peuvent se le permettre à apporter un certain financement privé? De

[Text]

There are many, many Canadians who could afford to become involved privately if they wanted to.

I see our system breaking down. I see already the quality of care breaking down.

• 1655

I would like to study this morning an example of a patient who needs a hip arthroplasty done in Montreal. They cannot get the best prosthetic replacement unless they buy it through their doctor; they cannot get it because the government will not supply it. I see this happening more and more by way of rationing of health care in various ways by the governments. But that can easily be avoided if we allow and encourage our health care system to entertain the acceptability of bringing in private funding where that is available and it is not a hardship to people. So I just wonder if our friends here today could comment on that—our system *vis-à-vis* the U.K. and Sweden where they are moving in the opposite direction that we are going and yet they started where we are heading for.

Dr. Frank: When one looks at policies that have happened in another country, one has to be careful in imputing the reasons for policy shift. I do not know the Swedish case well, but I can certainly tell you that I have had a chance to study the British system, and it has been a battleground between opposing political forces since its inception. The forces which have gained sway, I need not tell you, are those who have a very strong belief about this and who have done everything in their power to move it in the direction of increased privatization. There is in fact recent evidence from the United States, one of the really good studies, I suppose, we have which showed that a series of private hospitals in the United States, in California, compared to a series of public hospitals, had excessive costs built in so they could improve their mark-up. So I think the evidence is not as clear-cut as you suggest.

I would furthermore point out that the principle you are espousing I would agree with, and that is that you have to collect money in a fair way. My view would be that the fair way to collect money is by progressive general taxation; not by premiums certainly, and not by taxing people at point of entry when they are ill, never!

Dr. Scott: Just another issue is the American system, which obviously allows a great deal of private money and privatization in terms of health care resources. They spend over 10% of their gross national product on health care, whereas we spend just over 8%. They have more money in their system, and in fact we have evidence through the statistics of infant mortality and life expectancy rates to show that their health is perhaps worse than ours. So the idea of increasing private money may not in fact increase our health status.

Dr. Lexchin: And further, I would say that if you allow private money into the system, then you are allowing private interests to take over at least part of the planning of the health care system, and that takes away from the overall public control of a health care system. If you are trying to rationalize

[Translation]

très nombreux Canadiens pourraient eux-mêmes assurer ce financement s'ils le voulaient.

Notre système est en train de s'écrouler. La qualité des soins se détériore.

Ce matin, par exemple, j'avais un patient qui devait se faire faire une arthroplastie de la hanche à Montréal. Les gens ne peuvent pas obtenir la meilleure prothèse possible s'ils ne passent pas par leur médecin; ceux-ci ne peuvent pas en obtenir parce que le gouvernement ne les fournit pas. C'est une situation qui se généralise de plus en plus, et qui vient de ce que les gouvernements cherchent à rationner la santé par tous les moyens. Or, si nous pouvions nous décider à accepter le principe d'un financement privé des soins de santé lorsque ce financement est possible et ne constitue pas un fardeau pour les gens, ce genre de situation serait facilement évité. Que pensez-vous de tout cela, comment notre système se compare-t-il à celui du Royaume-Uni et de la Suède, qui s'écartent des objectifs que nous cherchons à atteindre après être partis de ces mêmes objectifs.

Dr. Frank: Quand on étudie les politiques adoptées par d'autres pays, il faut faire attention de ne pas leur imputer des raisons qu'ils n'avaient pas considérées. Je connais très mal le cas de la Suède, par contre, le système britannique m'est très familier; depuis le départ, c'est un véritable champ de bataille entre les diverses forces politiques. Inutile de vous dire que les forces qui ont gagné du terrain, ce sont justement celles qui avaient les convictions les plus fortes, et elles ont fait tout ce qui était en leur pouvoir pour imposer le principe de la privatisation. Une étude particulièrement valable a été faite récemment aux États-Unis et prouve qu'en Californie, par comparaison avec toute une série d'hôpitaux publics, il y a toute une série d'hôpitaux privés qui gonflent systématiquement leurs coûts pour améliorer leurs bénéfices. Les preuves ne sont donc pas aussi probantes que vous semblez le penser.

D'un autre côté, je conviens avec vous que le financement doit être recueilli d'une façon équitable. À mon avis, le moyen le plus équitable, ce serait la taxation générale progressive. En tout cas, certainement pas les primes, et certainement pas en taxant les gens lorsqu'ils pénètrent dans le système, au moment où ils sont malades, jamais!

Dr. Scott: À propos du système américain, toujours, système qui de toute évidence repose largement sur le secteur privé et les fonds privés, les États-Unis dépensent plus de 10 p. 100 de leur produit national brut pour les soins de santé, alors que nous, nous leur consacrons un peu plus de 8 p. 100 de notre PNB. Il y a donc plus d'argent dans leur système, et si l'on se fonde sur les statistiques de la mortalité infantile et de l'espérance de vie, ils sont peut-être en plus mauvaise santé que nous. Il n'est donc pas certain que le financement privé améliorera notre situation de santé.

Dr. Lexchin: J'ajoute que si vous laissez l'argent privé pénétrer dans le système, vous permettez également à des intérêts privés d'assumer une partie de la planification du système de santé, ce qui diminue d'autant le contrôle public. Si vous essayez de rationaliser la répartition des ressources, et

[Texte]

your distribution of resources, which we all agree are irrationally distributed at present—you are trying to get more physicians, more facilities into under-served areas—and you allow private money into the system, the private money is going to go where the profits are, and that is to the large urban cities where the resources are already concentrated. So you are going to further the maldistribution of resources by allowing private money to plan where facilities and where services are going to be offered.

The Chairman: I might just ask a question before going to the final two questioners for short questions. I do not think it has been mentioned directly this afternoon, or discussed directly, the threat that some doctors, some very specialist doctors and perhaps others, would leave the country if this proposed act is passed. What recommendations would you have, both to the profession and to governments themselves, or how do you view this particular situation?

Dr. Scott: In terms of it being a problem, we do not see it as a major issue. In the past doctors have not left the country. In British Columbia they did not leave when extra-billing was banned. In fact, some of them in Ontario who left have come back because they did not particularly like working in the United States. In the United States there may not be as many places to go. A lot of the attractive areas, such as California, New York State and Massachusetts you cannot easily set up practice there. We feel that it is not necessarily the good doctors who decide to leave because of financial reasons. So maybe the country as a whole would not be at any great loss if in fact a few doctors left because of the health act.

The Chairman: I will drop back to Dr. Lang. Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman. I am wondering with regard to the suggestion of putting physicians on salary what you would use to determine how they are performing their job. How many patients a day do you think they should see? How many hours a week do you think they should work? Should they be paid overtime for when they are on call? Could you give me a sketch of an idea that I could frame around this if you had everybody on salary?

• 1700

Dr. Rachlis: I think it would suggest there are a lot of questions there, and the only fair way these questions get decided is by a process of collective bargaining. In fact, in the health centre I work for, the physicians or their representatives would sit down with our finance committee and discuss such matters as remuneration, working conditions, number of weekends on call and those types of things. So while I do not really feel I am the right person to go into detail about what the conditions of work might be, I would certainly say we need a good process to determine those questions, certainly something more productive than the negotiations we have seen between doctors and government so far about the fee schedule.

The Chairman: Mr. McCauley.

[Traduction]

nous sommes tous d'accord, pour l'instant c'est très irrationnel, si vous essayez d'obtenir plus de médecins et plus de matériel pour les régions mal desservies, il est certain que l'argent privé qui entre dans le système ira forcément là où c'est le plus rentable, c'est-à-dire dans les grands centres urbains, où les ressources sont déjà abondantes. Vous allez donc aggraver le déséquilibre des ressources en cédant une partie du contrôle à des intérêts privés.

Le président: Permettez-moi de poser une question avant de donner la parole aux deux derniers intervenants. Je ne pense pas qu'on en ait discuté directement cet après-midi, je veux parler de l'exode des médecins, spécialisés et autres, qui risquerait de se produire avec l'adoption de cette loi. Quelles sont vos recommandations à l'intention des médecins et des gouvernements; quelle est votre opinion à ce sujet?

Dr Scott: Pour nous, ce n'est pas un problème très grave. Par le passé, les médecins n'ont pas quitté le pays. En Colombie-Britannique, lorsque la surfacturation a été interdite, ils ne sont pas partis. En fait, il y a des médecins qui ont quitté l'Ontario et qui sont revenus parce qu'ils n'aimaient pas tellement travailler aux États-Unis. D'ailleurs, aux États-Unis, il n'y a pas tellement d'endroits où nous pouvons aller. Dans les régions les plus séduisantes, la Californie, l'État de New York et le Massachusetts, il est très difficile de s'établir. Pour nous, ce ne sont pas forcément les bons médecins qui décident de partir pour des raisons financières. Dans ces conditions, si quelques uns décident de partir à cause de la nouvelle loi sur la santé, ce ne serait pas forcément une grosse perte.

Le président: Je redonne la parole au Dr Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président. On a parlé de la possibilité de salarier les médecins: Comment feriez-vous pour déterminer s'ils font bien leur travail? A votre avis, combien de patients doivent-ils voir chaque jour? Combien d'heures de travail doivent-ils faire par semaine? Faudra-t-il leur payer des heures supplémentaires lorsqu'ils seront en disponibilité? Avez-vous un vague projet qui me permette de me faire une idée de ce qui se passerait si tout le monde était salarié?

Dr Rachlis: Vous avez posé plusieurs questions, et le seul moyen équitable d'y répondre, c'est la négociation collective. En fait, dans le centre de santé où je travaille, les médecins ou leurs représentants pourraient rencontrer notre Comité des finances et discuter de questions telles que la rémunération, les conditions de travail, le nombre de fins de semaines de disponibilité, etc. Je ne suis probablement pas très qualifié pour vous donner une idée précise des conditions de travail, mais en tout cas, nous avons besoin d'une bonne procédure pour régler ces questions, quelque chose de nettement plus productif que les négociations que nous avons vues entre les médecins et le gouvernement à propos des barèmes.

Le président: Monsieur McCauley.

[Text]

Mr. McCauley: Mr. Chairman, you asked the question I was going to ask, but never wanting to miss an opportunity to ask a question, I will ask another one.

In Ontario, Alberta and B.C., there are fees presently in force. What is your opinion of these fees? Should they be abolished? Do they not restrict accessibility? Are they not a contradiction of universality?

Mr. Halliday: Do you mean fees or premiums?

Mr. McCauley: Premiums, yes. I am sorry. Thank you.

Dr. Rachlis: As I pointed out with an example, I think we certainly see people who do not seek health care because they do not have paid-up premiums. So I definitely would say they do prevent access. As I mentioned, our group is concerned that the monitoring provisions in the proposed Act will not capture all that information.

We also feel they are a regressive form of taxation. I would like to mention that, as an Ontario resident, I would certainly be prepared to pay more personal income tax if they eliminated premiums, because from patients with whom I deal, I have certainly seen the suffering it brings.

Mr. McCauley: Thank you.

The Chairman: Dr. Rachlis, I do not think we discussed directly this afternoon, or alluded to at all, the recommendations of the Canadian Nurses Association, which were often discussed during the second reading debate and on which I was questioned when I spoke in that debate. I was wondering, as medical doctors, what quick responses you have to the points the nurses have been making.

Dr. Rachlis: I am fairly familiar with their positions, but I wonder if you could mention which points you would like us to talk about.

The Chairman: I think one of their main points was that they should be one of the points of entry into the health care system and the services that are . . .

Dr. Rachlis: Okay. In fact, I think you may have been out of the room at the time . . .

The Chairman: Perhaps.

Dr. Rachlis: —but just to summarize, we see that what the nurses have been asking for, in fact, is that there be such places as community health centres, where there would be professionals other than physicians to whom patients could gain access. My understanding is they are not advocating that nurses also be put on a fee-for-service system, and certainly, our group supports the idea of having professionals working together in such places as community health centres.

The Chairman: Dr. Lang, do you have another question?

Mr. Lang: As a supplementary to that question, when you sit down and talk with some of the nursing groups, I think what they are really suggesting is that they want to be able to act as a primary health contact without the supervision of a

[Translation]

M. McCauley: Monsieur le président, vous avez posé la question que j'allais poser, mais comme je ne rate jamais une occasion de poser une question, j'en ai une autre.

En Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, il y a actuellement des émoluments. Qu'en pensez-vous? Faudrait-il les abolir? Est-ce que cela ne réduit pas, est-ce que cela ne contredit pas le principe même de l'universalité?

M. Halliday: Vous voulez parler d'émoluments ou de primes?

M. McCauley: De primes, oui, excusez-moi. Merci.

Dr. Rachlis: Comme nous l'avons dit, et nous vous en avons donné un exemple, il y a sans aucun doute des gens qui ne se font pas soigner parce qu'ils n'ont pas payé de primes. C'est donc, sans le moindre doute, une restriction. Comme je l'ai dit, notre groupe se demande si les dispositions de contrôle du projet de loi réussiront à recueillir ces informations.

D'autre part, nous estimons que ces primes constituent une forme de taxation régressive. Moi qui suis résident de l'Ontario, je serais certainement disposé à payer plus d'impôt sur mon revenu si cela devait éliminer les primes. En effet, je sais d'après les patients que je vois, que cela peut être un fardeau insupportable.

M. McCauley: Merci.

Le président: Docteur Rachlis, je ne pense pas que nous en ayons parlé cet après-midi, mais nous en avons souvent discuté pendant la seconde lecture, et on m'a posé des questions à ce sujet à cette occasion; je veux parler des recommandations de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada. Vous qui êtes médecin, quelle est votre position face à ces recommandations des infirmières?

Dr. Rachlis: Je connais assez bien leur position, mais j'aimerais que vous me disiez de quelles recommandations vous voulez que je parle.

Le président: Dans une de leurs principales recommandations, les infirmières veulent devenir un élément du premier contact des patients avec le système de santé et les services qui . . .

Dr. Rachlis: Très bien; vous deviez être sorti lorsque nous en avons parlé . . .

Le président: Peut-être.

Dr. Rachlis: . . . Mais pour nous, les infirmières réclament la création de centres de santé communautaires qui seraient animés par des professionnels autres que les médecins. Elles ne demandent pas à être rémunérées à la prestation. Notre groupe est tout à fait en faveur d'un système qui permettrait à des professionnels de travailler ensemble dans des centres de santé communautaire.

Le président: Docteur Lang, vous avez une autre question?

M. Lang: Une question supplémentaire. Lorsque vous avez l'occasion de discuter avec certains groupes d'infirmiers et d'infirmières, je pense qu'ils vous disent qu'ils veulent pouvoir se charger du premier contact avec les patients sans être sous

[Texte]

physician. I think that is the nub of the question that has to be addressed, and I would be very interested in two things: first, whether your group has done a study of the qualifications or the course material and training the nurses and nurse practitioners have; and second, whether you think that is adequate for them to provide the same quality of health care as physicians.

Dr. Rachlis: I am not familiar with that particular position on acting independently. What I can say is that, certainly in this country, nurses make the rightful claim that they are expected to provide certain services in outlying and northern areas; yet, when they come down to the south, they suddenly find those services can be performed only by a physician.

• 1705

Mr. McCauley: It was suggested this morning, Dr. Rachlis, that it was a function of temperature.

Dr. Rachlis: I am quite sympathetic to that point of view. I think, when one talks about independent practitioners, that would require a close examination of the relevant legislation, in each province, that governs the professions. That is presently going on in Ontario, and I know that the nurses are making representations there.

I can just speak briefly of my experience of working with a nurse practitioner for three years now. Our clinic decided that, in view of the existing law . . . and we surveyed all relevant physician and nursing bodies on this—the nurses in our health centre could really only operate under the supervision of a physician. This was a somewhat regrettable decision on our part; we would have liked to have seen some more employed. I am speaking personally in this. I can certainly say that, in some regards in my practice, although I am supervising the nurse in terms of things that require illness diagnosis and treatment—that is something I usually do . . . she might be supervising me in terms of how I am dealing with the family dynamics of an illness, which is something that, in fact, she knows more about than I do.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I do not want to impose on you; if the witness would let me speak again, I want to ask a question. It is just for information, I will not be provocative or argumentative. I am interested, again, in your clinic at South Riverdale. The Hastings group, when they studied community health centres, looked upon a community health centre as having a lot of allied health personnel in it besides its physicians. Obviously, you have nurses, but could I ask what personnel you have in your group in addition to the three family physicians? Precisely what staff do you have? And, apart from being controlled by a board, how do you differ from any other group of three family physicians?

Dr. Rachlis: We have three family physicians, each working in a team with a nurse practitioner. We have a . . .

Mr. Halliday: Is that a trained nurse practitioner?

[Traduction]

la surveillance d'un médecin. C'est le point le plus épineux, et, à ce sujet, je vous pose deux questions: premièrement, est-ce que votre groupe a cherché à déterminer les qualifications ou le programme d'étude ou de formation des infirmières et des infirmières praticiennes, et, deuxièmement, est-ce que ces connaissances leur permettraient de dispenser la même qualité de soins que les médecins?

Dr. Rachlis: Je ne savais pas que les infirmières voulaient agir indépendamment; par contre, les infirmières de ce pays ont parfaitement raison lorsqu'elles observent que dans certaines régions isolées et dans le Nord, on leur demande de dispenser certains soins qui sont réservés exclusivement aux médecins dans le Sud.

M. McCauley: Ce matin, quelqu'un a dit que c'était fonction de la température.

Dr. Rachlis: Un point de vue très séduisant. Lorsqu'on parle de praticiens indépendants, je pense qu'il faudrait réétudier les lois qui s'appliquent dans chaque province, les lois qui régissent les professions. Cette remise en question est en cours en Ontario, et je sais que les infirmières font connaître leur opinion.

Je peux vous parler de mon expérience; il y a maintenant trois ans que je travaille avec une infirmière praticienne. Notre clinique a décidé, compte tenu de la loi en vigueur et après avoir consulté tous les médecins compétents et toutes les associations d'infirmières, que les infirmières de notre centre ne pouvaient travailler que sous la surveillance d'un médecin. C'est une décision que nous avons prise à notre corps défendant, car nous aurions aimé avoir un plus grand nombre d'infirmières. C'est une opinion personnelle que je vous donne. Justement, dans mon cas personnel, si je surveille l'infirmière lorsqu'il s'agit de donner un diagnostic ou de prescrire un traitement—c'est d'ordinaire moi qui m'en charge—elle peut aussi bien me surveiller, moi, lorsqu'il s'agit des facteurs familiaux d'une maladie, parce qu'en réalité, elle en sait beaucoup plus que moi sur cette question-là.

Le président: Docteur Halliday.

M. Halliday: Monsieur le président, je ne voudrais pas abuser. Si le témoin le permet, j'aimerais lui poser une autre question. Une simple précision, je ne veux pas relancer le débat. Votre clinique de South Riverdale m'intéresse tout particulièrement. Lorsqu'il étudiait les centres de santé communautaires, le groupe Hastings avait considéré qu'un centre communautaire regroupait toute une gamme de spécialistes de la santé autres que les médecins. De toute évidence, vous avez des infirmières, mais qui d'autre avez-vous en plus des trois médecins de famille? De quoi se compose votre personnel? À l'exception du contrôle d'un conseil d'administration, en quoi êtes-vous différent d'un bureau quelconque qui regroupe trois médecins de famille?

Dr. Rachlis: Nous avons trois médecins de famille qui travaillent chacun en équipe avec une infirmière praticienne. Nous avons un . . .

M. Halliday: Est-ce une infirmière praticienne diplômée?

[Text]

Dr. Rachlis: They are all graduates of Bachelor of Nursing programs and one has a masters degree in nursing.

Mr. Halliday: Have any taken the nurse practitioner course at McMaster?

Dr. Rachlis: We have had nurses working at our clinic who have been graduates of the McMaster nurse practitioner program, but the ones we have now are graduates of bachelor's programs. In fact, I think the bachelor's programs in nursing in this country are producing, by and large, very skilled nurses. The one I am working with is a graduate of McGill and had very excellent training in physical assessment. We have a chiropodist, a graduate of the first program in Ontario, which is modelled on the British foot care program. Also, we have an administrator and reception staff.

We have a wealth of social services in our community. In particular, we have a neighbourhood centre that has counselling, it has programs for adults, seniors, children, a very fine senior citizens' outreach program, a transportation program. We also have a legal aid clinic, which is right around the corner. So, in our particular community, we do not have to have those services, because they are there. On the other hand, there are other centres in Toronto and in Ottawa that are so-called multiservice centres, such as Dalhousie Centre in Ottawa, Centretown Centre in Ottawa, and York Community Services in the Borough of York in Toronto and the Lakeshore Multiservice Project in southern Etobicoke, and they do have all those services under one roof.

The Chairman: Thank you very much. There being no further questioning, on behalf of the committee, I would like to thank the doctors for coming here this afternoon.

We will adjourn until tomorrow at 3.30 p.m.

[Translation]

Dr Rachlis: Elles ont toutes un baccalauréat d'infirmière et l'une d'entre elles a une maîtrise.

M. Halliday: Est-ce qu'il y en a qui ont suivi les cours d'infirmière praticienne de McMaster?

Dr Rachlis: Nous avons eu des infirmières qui étaient diplômées du Programme d'infirmières praticiennes de McMaster, mais celles que nous avons maintenant ont des baccalauréats. En fait, je pense que dans ce pays, les infirmières qui ont un baccalauréat sont, en règle générale, extrêmement compétentes. Celle avec qui je travaille est diplômée de McGill, elle est très compétente en évaluation physique. Nous avons une pédicure, diplômée du premier programme d'Ontario, qui s'est inspiré du Programme britannique de soins des pieds. Nous avons également un administrateur et le personnel de réception.

Dans notre communauté, nous avons une multiplicité de services sociaux. En particulier, nous avons dans le quartier un centre qui offre des services d'orientation, des programmes pour les adultes, les citoyens âgés, les enfants, un excellent programme d'accès pour les citoyens âgés ainsi qu'un programme de transport. Nous avons une clinique d'aide juridique qui se trouve juste au coin de la rue. Donc, dans notre quartier, nous n'avons pas besoin d'offrir ces services, car ils existent déjà. Il y a d'autres centres à Toronto et à Ottawa, des centres multiservices, comme le Centre Dalhousie à Ottawa, le *Centretown Centre* à Ottawa, le *York Community Services* dans le quartier de York à Toronto, ainsi que le *Lakeshore Multiservice Project* dans le Sud de Etobicoke et, dans tous ces centres, ces services sont regroupés sous un même toit.

Le président: Merci beaucoup. Puisqu'il n'y a pas d'autres questions, au nom des membres du Comité, je vous remercie d'être venus cet après-midi.

La séance est levée jusqu'à demain 15h30.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

At 9:30 a.m.

From the University of Ottawa:

Dr. Pran Manga, Research Professor and National Health
Research Scholar, Masters in Health Administration
Programme, Faculty of Administration.

At 3:30 p.m.

From the Ontario Medical Reform Group:

Dr. Michael Rachlis, Director, Ontario Health Coalition;
Dr. John Frank, Member of the Steering Committee;
Dr. Fran Scott, Member of the Steering Committee;
Dr. Joel Lexchin, Member of the Steering Committee.

A 9 h 30

De l'Université d'Ottawa:

M. Pran Manga, professeur des techniques de recherche et
spécialiste de la recherche dans le domaine des services de
santé; maîtrise en programme de gestion des services de
santé; Faculté d'administration.

A 15 h 30

Du «Ontario Medical Reform Group»:

D^r Michael Rachlis, Directeur, «Ontario Health Coalition»;
D^r John Frank, membre du Comité directeur;
D^r Fran Scott, membre du Comité directeur;
D^r Joel Lexchin, membre du Comité directeur.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 3

Wednesday, February 8, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 3

Le mercredi 8 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Steven E. Paproski
Svend J. Robinson (*Burnaby*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

On Tuesday, February 7, 1984:

Mr. Marceau replaced Mr. Daudlin

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le mardi 7 février 1984:

M. Marceau remplace M. Daudlin

MINUTES OF PROCEEDINGS

WEDNESDAY, FEBRUARY 8, 1984
(5)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:40 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Bradley, Hudecki, Lachance and Marceau.

Other Members present: Messrs. Foster and Lang.

Witness: From McGill University: Professor Lee Soderstrom, Department of Economics.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witness made a statement and answered questions.

At 5:31 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MERCREDI 8 FÉVRIER 1984
(5)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 40, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Bradley, Hudecki, Lachance et Marceau.

Autres députés présents: MM. Foster et Lang.

Témoin: De l'université McGill: Le professeur Lee Soderstrom, Département d'économie.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Le témoin fait une déclaration et répond aux questions.

A 17 h 31, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Wednesday, February 8, 1984

• 1539

The Chairman: Order, please. I would ask members to take their seats.

• 1540

I would like to call this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order. We are continuing to study Bill C-3, the Canada Health Act, and we are very pleased to have with us this afternoon, Professor Lee Soderstrom, a health economist from McGill University.

Professor, we have your brief and we would be pleased if you would make an opening statement.

Professor L. Soderstrom (McGill University): It is a pleasure to be with you this afternoon. In my opening remarks I would like to focus on a fairly narrow topic, but I think an important topic; the likely effects that the Canada Health Act will have on extra-billing by physicians. The points that I will be making with extra-billing pertain to the effect of the Billon hospital user charges as well.

The Canada Health Act is widely viewed as the federal government's effort to stop extra-billing. I do not think, however, that it will eliminate extra billing across the land. The active ingredient in the act is a tax; a dollar-for-dollar tax on extra-billing by the provinces. Basic mechanism, of course, is that the federal medicare grant will be reduced by a dollar for every dollar of extra-billing that goes on in a province. The problem is that the tax is probably not large enough to cause all the provinces to ban extra billing.

Despite all of the discussion that has gone on about the Canada Health Act and the tax scheme in the past year or so, there has been very little discussion about the impact of this tax scheme on provincial policies regarding extra-billing. The major issue that has been debated has been the effects of extra-billing itself. We have talked as a nation a great deal about the bad effects of extra-billing. There seems to be a widespread opinion now that extra billing is undesirable, and I think as an indicator of this it is interesting that that radical newspaper *The Financial Post*, last summer ran an extremely critical editorial on extra billing, very critical.

The second issue that has been featured in the public debate has been whether or not the federal government should do something about extra-billing. And again there seems to be widespread support for federal action in this area. There seems to have been in the past year, I might add, a ground-swell of support for federal action. I do not think there was as much

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mercredi 8 février 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. J'aimerais que les députés prennent place.

Je voudrais ouvrir cette séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Nous poursuivons l'étude du Bill C-3, Loi canadienne sur la santé, et nous sommes très heureux d'accueillir cet après-midi le professeur Lee Soderstrom, économiste spécialiste des questions de santé de l'Université McGill.

Professeur, nous avons en main votre mémoire et nous serions heureux d'écouter vos quelques remarques d'ouverture.

M. L. Soderstrom (Université McGill): C'est avec plaisir que je suis ici parmi vous cet après-midi. Dans mes remarques d'ouverture, je voudrais tout particulièrement m'attarder sur un sujet relativement restreint, mais à mon avis important, à savoir, les conséquences que la Loi canadienne de la santé pourrait avoir sur la surfacturation imposée par les médecins. Les commentaires que je ferai à propos de la surfacturation s'appliquent également aux répercussions qu'auront les frais modérateurs en milieu hospitalier.

De l'avis général, la Loi canadienne sur la santé est la réplique du gouvernement fédéral à la surfacturation. Cependant, je ne pense pas que cette loi supprimera la surfacturation au Canada. L'imposition d'une taxe constitue l'élément principal de cette loi, une taxe proportionnelle sur toute surfacturation avalisée par les provinces. Chaque crédit consacré à l'assurance-santé par le gouvernement fédéral sera réduit d'un dollar pour chaque dollar surfacturé dans une province. L'ennui c'est que cette taxe ne suffira vraisemblablement pas à pousser toutes les provinces à bannir la surfacturation.

Malgré toutes les discussions qui ont tourné autour de la Loi canadienne sur la santé et de ce projet au cours des derniers mois, très peu de débats ont porté sur les répercussions de ce projet sur les politiques provinciales en matière de surfacturation. Les débats ont surtout tourné autour des conséquences de la surfacturation elle-même. Nous avons beaucoup parlé des effets nuisibles de cette surfacturation et chacun est porté à croire maintenant que la surfacturation est indésirable. D'ailleurs, à titre indicatif, il est intéressant de noter au passage que le *Financial Post*, ce journal radical, a vivement, l'été dernier, critiqué la surfacturation dans un de ses éditoriaux.

On s'est ensuite demandé, et c'est là le second point ayant fait l'objet de discussion publique, si le gouvernement fédéral devait intervenir. Et là encore, il semble que chacun s'accorde à dire que le gouvernement devrait en effet intervenir. L'année passée semble avoir catalysé les demandes d'intervention de la part du gouvernement fédéral. Je ne pense pas que ces

[Texte]

support 12 months or 18 months ago as there is now for the federal government to take action that will lead to the elimination of extra-billing across the land.

Given the widespread concern, then, about extra billing it is quite surprising that there has been so little discussion of the modalities that Ottawa should use to change the provincial policies. I have the feeling that many people have looked at the act, even before it was introduced, looked at the idea of the tax scheme. They have sensed that there was a financial penalty there for provinces which extra bill and they have assumed that because there was a penalty this would be enough to cause the provinces to change their policies. Many conversations I have had with people suggest this is a fairly typical reaction. But this view is wrong. It is mistaken.

• 1545

Simply a look at our recent history, I think, indicates it is not just any old scheme that will do the trick. Under the old cost sharing arrangements for hospital services, there was a tax—roughly the same kind of scheme—on authorized charges for in-patient services. To my knowledge, that tax had very little effect on provincial behaviour. In 1976 before that tax disappeared, the newly elected government in British Columbia, the Social Credit government there, raised the hospital user charge. In Alberta, on the other hand, they have a charge that has been in force since the late 1960s, and they are only changing it this year.

The key point is that we have had some experience with these tax schemes already, and the experience suggests that just any old tax scheme will not do the trick.

Now, my recollection is that the tax scheme under the old cost sharing arrangements did not amount to a dollar for dollar. So one might say the problem was simply that the tax was not high enough; it should have been higher. If it is less than dollar for dollar, it is insufficient. That is possible. But what this experience does indicate is that the issue of the size of the tax, the size of the penalty, if you like, is a valid issue to raise. There is no eleventh commandment which says that a dollar-for-dollar tax scheme will do the job. It is an open question.

So we might ask: Is a dollar-for-dollar tax scheme in the present context strong enough? I have my doubts. My argument is set out in the paper which I gather has been circulated to you already. Perhaps in the course of our discussion, we can get into some of the technical details in the paper. I apologize that the paper, when you thumb through it, looks a little imposing. There is a bit of simple algebra in it. You can easily read around the algebra; the algebra is not essential for the argument.

But let me indicate a few highlights from the paper, the key points I am trying to get across. The first is that some provinces are attracted to extra-billing because it has financial and

[Traduction]

demandes étaient aussi fortes il y a 12 ou 18 mois qu'elles le sont maintenant, demandes d'intervention qui entraîneront la suppression de la surfacturation aux quatre coins du pays.

Vu l'ensemble des préoccupations que cause la surfacturation, il est donc tout à fait surprenant de constater que très peu de discussions ont tourné autour des modalités auxquelles Ottawa devra avoir recours pour peser sur les politiques provinciales. J'ai la nette impression que les gens ont étudié la loi, avant même qu'elle n'ait été présentée, ont étudié cette idée d'amende proportionnelle. Ils se sont rendu compte qu'une amende financière était imposée aux provinces qui autorisaient toute surfacturation et en ont conclu que cette amende suffirait à pousser les provinces à modifier leurs politiques. Cette réaction semble être largement répandue d'après les conversations que j'ai eues. Cependant ce point de vue est erroné.

Il suffit de jeter un coup d'oeil sur notre histoire récente pour constater qu'aucun plan ne fera l'affaire. Une taxe, à peu près la même, était imposée sur toutes les facturations autorisées pour services administrés aux patients internes en vertu des anciens accords de partage des coûts des services hospitaliers. Que je sache, cette taxe n'a eu que très peu d'effet sur les provinces. En 1976, avant la suppression de cette taxe, le gouvernement de Colombie-Britannique nouvellement élu, le gouvernement social Créditiste, a augmenté les frais modérateurs hospitaliers. En Alberta, par contre, des frais modérateurs existent depuis la fin des années 60 et ces frais ne sont modifiés que cette année.

Ce qu'il faut retenir c'est que ces divers plans ont déjà été implantés ici ou là et l'expérience nous montre qu'il ne suffira pas de n'importe quel petit plan vieillot pour faire l'affaire.

Mais si je ne m'abuse, le plan qui existait en vertu des anciens accords de partage des coûts ne correspondait pas à une taxe proportionnelle. On pourrait donc dire que le problème venait de ce que cette taxe n'était pas suffisamment élevée; elle aurait dû être plus élevée. Si cette taxe n'est pas une taxe proportionnelle mais elle y est inférieure, elle est insuffisante. C'est possible. Mais l'expérience montre que cette question d'importance de la taxe, d'importance de l'amende, si vous préférez, est une question qu'il faut se poser. Rien ne permet de croire qu'une amende proportionnelle réussira le tour de passe-passe recherché. Cette question doit être débattue.

Alors on peut se poser la question suivante: Une amende proportionnelle est-elle suffisante dans le contexte actuel? J'en doute fort. Je développe mon argument dans l'exposé qui vous a sans doute été déjà distribué. Au cours de nos discussions, nous pourrions peut-être en examiner les détails techniques. Excusez-moi si ce document vous semble quelque peu imposant en le parcourant. Quelques petites formules algébriques y figurent, mais vous pouvez facilement les laisser de côté car elles ne sont pas essentielles au développement de ma thèse.

Mais permettez-moi de vous faire part des points essentiels que renferme ce document. Tout d'abord, certaines provinces sont attirées par la surfacturation car cette dernière présente

[Text]

ideological attractions for them. There are reasons why extra-billing exists. The dollar-for-dollar tax scheme, however, is probably not strong enough in all cases to overcome these financial and ideological attractions, and that is the problem. Financially, some provinces would probably find it cheaper to pay the tax and allow extra-billing to be continued. Moreover, even if it were cheaper to ban extra-billing, some provinces might prefer to retain extra-billing for ideological reasons.

Ideology is important in this area. It is noteworthy that it is the wealthiest, but more conservative, Provinces of Ontario and Alberta where extra-billing has been the biggest problem.

So my conclusion in looking at the tax scheme as set out in the proposed Canada Health Act is that stronger medicine is required to provide Canadians with assurance that extra-billing will be eliminated. I fear this dollar-for-dollar tax scheme, as it presently stands, will become little more than a licensing fee and not a device to eliminate extra-billing. The tragedy in the situation is that at the present time, as I indicated at the beginning, there seems to be a great deal of public support now for eliminating extra-billing as well as hospital user charges. I fear that we are going to miss a golden opportunity.

• 1550

Thank you.

The Chairman: Thank you, Professor.

Mr. Epp, would you like to lead off?

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. Professor, in looking at your paper and your presentation, I point out to you that some of us in the public debate have raised the exact point that you made today, namely that a dollar-for-dollar fee—you choose to call it a tax—to ignore it might be within the realm of providing a financial advantage to the provinces.

Before I get to the psychology that lies behind that statement, I would like to ask you this: In the federation in which we live, the federal-provincial agreements govern much of the discipline that we are looking at in this Bill. If the five basic principles of what we now call medicare, in a larger frame of things, are being adhered to, to what extent does a federal government, or should a federal government, “affect”—as you use the word—the modalities by which provinces fulfil their policies? To what extent should a federal government’s actions, legislative or otherwise, but in this case legislative, affect the *modus operandi* of the provinces?

Prof. Soderstrom: My feeling is that at the present time the federal standards are not being adhered to. The extra-billing that is currently going on in eight provinces, the hospital user charges that exist, are inconsistent with the federal standards as they presently exist. It is . . .

[Translation]

des avantages financiers et idéologiques. Ce problème de surfacturation n'existe pas pour rien. Malheureusement, cette amende proportionnelle ne suffira vraisemblablement pas dans tous les cas à faire fi de ces avantages financiers et idéologiques et c'est là précisément où réside le problème. Du point de vue financier, certaines provinces estimeront vraisemblablement qu'il est de leur intérêt de payer cette amende pour permettre à la surfacturation de se perpétuer. De plus, même s'il était de leur intérêt d'interdire la surfacturation, certaines provinces préféreraient peut-être la conserver pour des raisons idéologiques.

Les questions idéologiques sont importantes dans ce débat. Il est intéressant de noter que ce sont dans les provinces les plus riches, mais les plus conservatrices, celles de l'Ontario et de l'Alberta, que la surfacturation a posé le plus de problèmes.

Par conséquent, en étudiant le plan que propose la loi canadienne sur la santé, j'en conclus que des mesures plus strictes seront requises pour assurer aux Canadiens que la surfacturation sera supprimée. Je crains que cette amende proportionnelle soit assimilée à peu de choses près à de simples frais d'autorisation d'exercer et non pas à un moyen d'éliminer la surfacturation. La tragédie c'est que, comme je l'ai dit au début, il semble que le public demande maintenant la suppression de la surfacturation ainsi que celle des frais modérateurs hospitaliers. Je crains dans ce cas-là, que nous ne passions à côté d'une occasion en or.

Merci.

Le président: Merci, monsieur.

Monsieur Epp, voudriez-vous commencer?

M. Epp: Merci, monsieur le président. Après avoir parcouru votre exposé et après vous avoir écouté, je voudrais vous signaler que certains d'entre nous ont soulevé publiquement le point précis dont vous nous avez fait part aujourd'hui, à savoir que les provinces préféreraient payer cette amende proportionnelle, vous préférez l'appeler taxe, pour des raisons financières.

Avant de passer aux éléments psychologiques que renferme cette affirmation, je voudrais vous poser la question suivante: Tout d'abord, dans la fédération au sein de laquelle nous vivons, les accords entre le fédéral et les provinces régissent la plupart de ce qui se trouve dans ce projet de loi. Si les cinq principes fondamentaux de ce que nous appelons l'assurance-maladie sont respectés, dans quelle mesure un gouvernement fédéral peut-il peser, comme vous le dites, sur les modalités qui permettent aux provinces de remplir leurs engagements? Dans quelle mesure les actions prises par un gouvernement fédéral, qu'elles soient législatives ou autres, mais dans ce cas législatives, peuvent-elles peser sur le mode de fonctionnement des provinces?

M. Soderstrom: J'estime pour ma part que les normes fixées par le gouvernement fédéral ne sont pas respectées actuellement. La surfacturation qui se pratique couramment dans huit provinces, les frais modérateurs hospitaliers qui existent maintenant ne sont pas conformes aux normes fixées par le gouvernement fédéral.

[Texte]

Mr. Epp: Could you be a little more specific on that charge? Does extra-billing reduce accessibility? Is that your argument? Does it reduce it below the so-called 95% threshold? You make a specific charge; can you be a little more definitive on that as to where you feel that the provinces in fact are not meeting the five principles?

Prof. Soderstrom: In one of the principles it says that reasonable access cannot be impeded . . .

Mr. Epp: By extra charges?

Prof. Soderstrom: Right, whatever the language is . . .

Mr. Epp: By the administration of the service, right.

Prof. Soderstrom: Yes, and certainly with the extra-billing and the hospital user charges, I think reasonable access is being restricted. That is where the basic nub comes.

Mr. Epp: Have you case studies on that, Professor?

Prof. Soderstrom: There is a large literature on the influence of user charges, which indicates that when people have to pay out of pocket it has an adverse effect on utilization. Perhaps the best study was done by the Rand Corporation in the United States, where you find a rather clear indication, from five different localities, that utilization is reduced.

Mr. Epp: You make that case also on pages 3 and 4 of your brief. I have no doubt, at least in my own interpretation, that where there is a fee connected, though I cannot give you case studies either, it will affect usage. Some people have also argued that the use of premiums makes people more aware "of the cost of medicare" than is the case in provinces where it is taken either from general revenues or a special tax, such as we have in Manitoba—the payroll tax, among others. Yet the evidence . . . If I take a look at the provinces that have premiums, I do not see that the usage of hospital and-or medical care in fact is lower for any age group than it is in other provinces that do not have premiums.

• 1555

Prof. Soderstrom: I do not know of any evidence that suggests premiums have an effect on utilization.

Mr. Epp: Well, if there are not case studies, there is no question that it is within the realm of popular opinion—those who have looked at that—that in fact it can; and maybe that is only as scientific as we are, if scientific at all. So what I am asking you, I guess, to really get to the point, is to what extent, what level of penalty, would you see that would make for the provinces the fact that extra-billing and/or user fees, because it varies with provinces, would simply not be in their financial interest. I point out to you not Ontario and Alberta, because I think that is one case, and I think you have a valid point there. But if you take a look at what the Minister of Health has already said in the Province of Nova Scotia, where you are

[Traduction]

M. Epp: Pourriez-vous être un peu plus précis? La surfacturation réduit-elle l'accès aux services médicaux? Est-ce bien ce que vous dites? Cet accès est-il réduit en-deçà du seuil dit des 95 p. 100? Vous venez de porter une accusation précise; pourriez-vous nous dire plus précisément comment les provinces ne respectent pas ces cinq principes, à votre avis?

M. Soderstrom: Un de ces principes précise qu'un accès raisonnable ne pourra être interdit . . .

M. Epp: En imposant des frais supplémentaires?

M. Soderstrom: Tout à fait, quelle que soit la façon dont vous voulez l'appeler . . .

M. Epp: En administrant le service.

M. Soderstrom: Entièrement, et je pense qu'un accès raisonnable aux services médicaux est diminué par l'imposition d'une surfacturation et de frais modérateurs hospitaliers. C'est là l'essentiel du problème.

M. Epp: Pourriez-vous nous citer des études qui ont été faites à ce sujet, monsieur?

M. Soderstrom: Il existe de nombreux documents qui portent sur l'influence des frais modérateurs et qui indiquent que lorsque les patients doivent payer de leur poche, le recours aux services médicaux diminue. La meilleure étude à ce sujet a peut-être été effectuée par la *Rand Corporation* aux États-Unis, étude qui montre très clairement d'après les cinq différentes localités sondées, que le recours à ces services diminue.

M. Epp: Vous présentez également cet argument aux pages 3 et 4 de votre mémoire. Il ne fait aucun doute à mon avis que lorsqu'il faut payer, bien que je ne puisse vous donner aucune référence à ce sujet non plus, cela se répercute sur l'utilisation. Certains ont également dit que l'imposition de primes rend les gens davantage conscients «des frais médicaux» que ce n'est le cas dans des provinces où ces frais sont assumés soit par le trésor soit par une taxe spéciale, comme c'est le cas au Manitoba, à savoir la taxe salariale. Et pourtant . . . Si je me penche sur les provinces qui ont imposé des primes, je ne crois pas remarquer que le recours aux services hospitaliers ou médicaux ait en fait diminué, quel que soit le groupe d'âge, par rapport aux provinces qui n'ont pas imposé de telles primes.

M. Soderstrom: Je ne vois pas ce qui pourrait faire croire que les primes ont une influence sur le taux d'utilisation.

M. Epp: Il ne s'agit peut-être pas d'études, mais, en tout cas, l'opinion publique est convaincue, du moins chez ceux qui se sont intéressés à la question, que cela était possible. Evidemment, tout cela n'est peut-être pas très scientifique. Mais venons-en au fait, à votre avis, quel genre de pénalité réussirait à convaincre les provinces que la surfacturation ou les frais modérateurs vont à l'encontre de leur intérêt financier. Je ne parle ni de l'Ontario ni de l'Alberta car, dans ce cas-là, je pense que vos observations sont valides. Mais si vous considérez ce que le ministre de la Santé a déjà déclaré en Nouvelle-Écosse, lorsqu'il s'agit uniquement de 1.4 million de dollars de surfacturation, ce qui est vraiment très négligeable par rapport

[Text]

only dealing with \$1.4 million of extra-billing, which in terms of percentages or usage I think we all would agree is miniscule in terms of the Nova Scotia plan, that Nova Scotia says they cannot afford it, simply because of the loss they would incur, because of their financial situation, then I am asking you, at what level do you feel, from your studies, would be an adequate penalty to meet what you call a golden opportunity?

Prof. Soderstrom: The problem we run into with these tax schemes is there is not a magic number that is appropriate for every province. Some provinces I suspect we are going to see will change their policy with a dollar-for-dollar arrangement. For other provinces the dollar for dollar is probably not going to be effective enough. Would \$2 for every dollar, would \$3 for every dollar of extra-billing, I do not know? I am increasingly led to think that the simplest and the most effective, the most sure-fire, method of doing away with this is simply to make it a condition for federal transfer payments for medicare; that there be no extra-billing.

Mr. Epp: In other words, you would have 100% penalty. Is that what you are suggesting?

Prof. Soderstrom: On the federal . . .

Mr. Epp: On the federal transfer payment to a given province?

Prof. Soderstrom: Yes. That is the scheme that will work.

Mr. Epp: So what you are saying is that if the penalty does not reflect total withholding of funds, and I am talking, let us say, that we would split them into user fees for hospitals, we would split it into medical fees for medical services performed, keeping those two distinctions obviously in mind because again of the variance of the provinces in the use of these two systems, that you would recommend to this committee a total withholding of the funds as per category and as applicable to that given province.

Prof. Soderstrom: Let me go back to what I said. There is not the information around, and I do not know how you would get it, that would say that you can point to a 3-for-1 tax or fee arrangement that will do the trick. The one mechanism that I think we know fairly clearly will work is total withholding.

Let me just back up. When medicare was introduced in 1968, a number of provinces were reluctant to start to use medicare, in part because of a concern about the universality conditions and in part concerns about public administration, among other things. The amount of dollars, though, that they were losing was sufficiently great that these provinces came on line. I think experience suggests that provinces will come around and eliminate extra-billing and hospital user charges with that withholding. Now, it is steep, but that may be the simplest way of doing away with the problem.

Mr. Epp: I think I hear your recommendation. I would like to go to another point then, if I might.

[Translation]

à l'ensemble du régime de la Nouvelle-Écosse, la Nouvelle-Écosse prétend qu'elle ne peut pas se le permettre, à cause des pertes que cela occasionnerait, à cause de sa situation financière. Et je vous pose donc cette question: d'après votre expérience, quelles sont les pénalités qui seraient à la hauteur de ce que vous appelez une occasion unique?

M. Soderstrom: Le problème, avec ces procédés fiscaux, c'est qu'il n'y a pas de chiffres magiques pour toutes les provinces. Dans certaines provinces, j'imagine qu'on remplacera la politique en cours par un système d'amende proportionnelle. Dans d'autres provinces, ce système ne sera pas suffisamment efficace. Faudra-t-il choisir deux dollars pour chaque dollar, ou bien trois dollars pour chaque dollar de surfacturation? Je ne sais pas. De plus en plus, j'ai tendance à penser que le moyen le plus simple, le plus efficace, et le plus sûr de se débarrasser de cette pratique, c'est d'en faire une condition absolue des paiements de transfert fédéraux. Pas de surfacturation du tout.

M. Epp: Autrement dit, une pénalité de 100 p. 100, c'est ce que vous voulez?

M. Soderstrom: Quant aux transferts fédéraux . . .

M. Epp: Les versements de transfert fédéraux à l'intention d'une province donnée?

M. Soderstrom: Oui. Voilà le système qui marchera.

M. Epp: Autrement dit, si la pénalité ne va pas jusqu'au gel de la totalité des fonds, vous pensez qu'elle ne sera pas efficace. N'oublions pas la distinction entre les frais modérateurs hospitaliers et les honoraires de médecins, parce que nous avons ces deux systèmes selon les provinces, mais vous recommandez à ce Comité le retrait de la totalité des fonds par catégorie et dans la mesure où c'est applicable à une province donnée.

M. Soderstrom: Permettez-moi de reprendre ce que j'ai déjà dit. Rien ne prouve, et je ne sais pas comment on pourrait le prouver, qu'on pourrait établir un barème de pénalité en multipliant la différence par trois et que cela résoudrait le problème. Il y a un mécanisme dont nous pouvons être raisonnablement sûrs, c'est le retrait total des fonds.

Je vais retourner en arrière. Lorsque l'assurance-maladie a été introduite en 1968, un certain nombre de provinces ont hésité à s'en servir d'une part à cause des conditions d'universalité et d'autre part par crainte des problèmes d'administration publique que cela pouvait poser. Toutefois, ces provinces se sont décidées quand elles ont vu combien d'argent elles perdaient. En se fondant sur l'expérience passée, on peut penser que les provinces se résigneront et élimineront la surfacturation et les frais modérateurs hospitaliers si cette menace de retrait des fonds existe. Évidemment, c'est une mesure extrême, mais c'est probablement la façon la plus simple de résoudre le problème.

M. Epp: Je crois avoir compris votre recommandation. Je vais maintenant passer à une autre question, si vous le permettez.

[Texte]

The Chairman: One more, Mr. Epp, for now.

Mr. Epp: I would like to, Mr. Chairman.

On page 3 and page 4 of your brief, you outline the reasons why provinces or hospital systems might favour extra-billing and/or user fees, and you outline the reasons for it. One, do you feel those reasons are valid? Second, we already discussed earlier that accessibility might not be as readily available if user fees and/or extra billing is in place. From your studies, to what extent do you determine that the use of hospitals or medical services is reduced by the levying of either fee? In your paper you make the claim that it is being reduced; do you have any scientific evidence you could show to us that it is 5%, 10% or whatever?

• 1600

Prof. Soderstrom: In trying to explain why some provincial governments may be attracted to extra-billing, I argue that they are attracted, in part, for economic reasons. I offer two economic reasons: one is that they can offer lower fees through their provincial medicare plan. The second argument is that the provincial costs are lowered because there may be a reduction in utilization.

Mr. Epp: That was the point I was trying to get at.

Prof. Soderstrom: Yes. If you are asking, do I have evidence that utilization has been reduced in Alberta or in any of the other provinces where you have extra-billing, I would say no. I do not think anyone has that because, in part, no one has looked.

When I talked with the Minister of Health last summer in Alberta, one of the things I asked him was . . . He asked me if I had evidence and I said: Have you looked? And he said no. I find it a little disturbing that the governments themselves are not looking to see whether there are adverse effects. We know from data that the Alberta government has published, for example—and I am not trying to pick on Alberta here, but it is the only one that has published a fairly detailed profile of what is going on in Alberta—that people from all socio-economic groups are being affected by extra-billing; the rich as well as the poor are being subjected to it. We know, as I said earlier, from the general literature in the health economics area that people's use of services may well be reduced when they have to pay out of pocket. And so the inference is, since people from a wide variety of socio-economic backgrounds are being affected—at least in Alberta, and there is some evidence in Ontario as well—given what we know about people's behaviour in a wide variety of other contexts, it seems reasonable to suppose that there is some reduction in utilization.

Mr. Epp: There is a financial benefit to the province.

Prof. Soderstrom: And as a result, the province . . . that is one of the reasons why the province benefits financially. The lower fees and to some extent the reduction in utilization.

[Traduction]

Le président: Une dernière, monsieur Epp, pour l'instant.

M. Epp: Si vous le permettez, monsieur le président.

Aux pages 3 et 4 de votre mémoire, vous expliquez pour quelles raisons les provinces et les organismes hospitaliers pourraient être en faveur de la surfacturation ou des frais modérateurs. Ces raisons que vous avancez, les trouvez-vous valides? Deuxièmement, nous avons déjà observé qu'avec la surfacturation et les frais modérateurs, le système serait peut-être moins accessible. Est-ce que dans vos études vous avez réussi à établir que ces frais faisaient baisser le degré d'utilisation des hôpitaux et des services médicaux? Dans votre exposé, vous prétendez que c'est le cas; avez-vous des preuves scientifiques que vous pouvez nous montrer, s'agit-il d'une baisse de 5, de 10 p. 100?

M. Soderstrom: J'essaie d'expliquer les raisons qui pourraient pousser les gouvernements provinciaux à favoriser la surfacturation et, dans ce sens, je prétends qu'ils pourraient être séduits pour des raisons économiques. J'y vois deux raisons économiques: d'une part, ils peuvent offrir des honoraires plus bas dans leurs régimes d'assurance-santé provinciaux; deuxièmement, les coûts provinciaux baissent puisque le degré d'utilisation baisse.

M. Epp: C'est précisément ce que j'essayais d'établir.

M. Soderstrom: Oui. Vous me demandez si j'ai des preuves que le degré d'utilisation a baissé en Alberta ou dans une autre province qui permet la surfacturation; je pense pouvoir répondre que non. En fait, je pense que personne n'a ces preuves parce que personne ne les a cherchées.

Lorsque j'ai discuté avec le ministre de la Santé en Alberta l'été dernier, une des choses que je lui ai demandées . . . Il m'a demandé si j'avais des preuves et j'ai répondu: en avez-vous cherché? Il m'a répondu que non. Je trouve un peu inquiétant de constater que les gouvernements eux-mêmes ne cherchent pas à déterminer s'il y a des effets négatifs. D'après les données publiées par le gouvernement de l'Alberta, par exemple, et je n'essaye pas de viser l'Alberta plus particulièrement, mais c'est la seule province qui a publié une documentation relativement détaillée de la situation, des gens de toutes les couches socio-économiques de la population sont affectés par la surfacturation. Les riches y sont exposés autant que les pauvres. Comme je l'ai déjà dit, d'après la documentation générale qui existe sur les aspects économiques de la santé, nous savons que si les gens sont forcés de déboursier de l'argent, ils risquent de moins faire appel aux services de santé. Autrement dit, puisque ce problème affecte des gens de toutes les couches socio-économiques de la population, du moins en Alberta, et probablement en Ontario également, d'après ce que nous savons du comportement de la plupart des gens dans toute une série de contextes, on peut conclure que le degré d'utilisation baisse dans une certaine mesure.

M. Epp: Mais c'est un avantage financier pour la province.

M. Soderstrom: En conséquence, la province . . . C'est une des raisons qui font que la province bénéficie financièrement

[Text]

The Chairman: Mr. Epp, I will come back to you on the second round if you wish.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Thank you, Mr. Chairman. Needless to say, the NDP shares Dr. Soderstrom's anxiety about the effectiveness of the penalties, and we have our doubts about their efficacy as well. That is why I was asking the Minister the other day whether or not she would consider a scheme of escalating penalties, perhaps, as opposed to a heavy penalty consistently throughout, in this case, the three-year period. I was wondering if you had any suggestions over and above your criticism of the dollar-for-dollar on the one hand and your advocacy of total federal withdrawal on the other, because it seems to me that the whole rationale for the Canada Health Act was to give the federal government a mechanism that it could actually use. One of the arguments for the Canada Health Act and one of the arguments of the Special Task Force on Fiscal Arrangements was that the total withdrawal was an option that was a way of reacting to provinces that were allowing medicare to erode. It was so heavy duty, so to speak, that it would never be used. The whole rationale behind the Canada Health Act, as I understand it, or at least when we made the recommendation under the task force for the gradual withholding of funds, which we find in the Act, is to give the federal government something that it can in fact do.

So, short of going back to a pre-Canada Health Act context, which is really what one is advocating when you advocate total federal withdrawal, what would you suggest?

• 1605

Mr. Soderstrom: I realize in suggesting total withholding, that it is a fairly drastic action. One is driven to that recommendation in part because the alternatives do not seem to have that much appeal. There are a variety of problems, I think with the gradual escalation scheme. One of the problems is that it means that it may take a long time before we get rid of extra-billing. When do you hit the magic number that is appropriate for province x?

The second problem is that you run into a lot of administrative problems, and that is true with any of these tax schemes. As with any of these tax arrangements, the provinces and the federal government inevitable now are going to get involved in some wrangles whether one province or another is being fair in reporting what is going on in extra-billing. You get around those kinds of dog fights with total withholding.

The third kind of problem you run into with your escalation scheme is that it is complicated; it is gimicky. I look for something that is simple and easy to understand. I think there is nationally now a strong feeling that extra billing is something you want to do away with. Everyone agrees. Why monkey around with gimicky formulas? The people seem to

[Translation]

de ce genre de chose grâce aux honoraires moins élevés et à une certaine baisse du degré d'utilisation.

Le président: Monsieur Epp, je vous donnerai la parole au second tour, si vous le désirez.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Merci, monsieur le président. Inutile de dire que le N.P.D. partage l'opinion du docteur Soderstrom sur l'efficacité des pénalités; nous aussi, nous doutons de leur efficacité. C'est justement pour cette raison que je demandais l'autre jour au ministre si elle envisagerait un système de pénalités progressives par exemple, au lieu d'une pénalité uniforme et très lourde imposée, dans ce cas, pour une période de trois ans. Vous critiquez la solution dollar pour dollar d'une part, et vous voulez la remplacer par un retrait total des fonds fédéraux, mais auriez-vous d'autres suggestions à nous faire, car j'ai l'impression que la raison d'être de la Loi canadienne sur la santé était au départ de donner au gouvernement fédéral un mécanisme vraiment efficace. Un des arguments justifiant la Loi canadienne sur la santé, un des arguments du groupe d'étude sur les arrangements fiscaux, était que le retrait total des fonds était un moyen d'action sur les provinces qui laissaient le système d'assurance-santé se détériorer. Mais ce moyen était si extrémiste, qu'il serait impossible de l'utiliser. Lorsque le groupe de travail a recommandé le retrait progressif des fonds, et c'est la solution que nous retrouvons dans la loi, il estimait que cela donnerait au gouvernement fédéral un outil qu'il pourrait véritablement utiliser.

Ainsi, si nous ne voulons pas revenir à une période qui a précédé la Loi canadienne sur la santé, et c'est ce que vous faites en réclamant un retrait total des fonds fédéraux, qu'est-ce que nous pouvons faire d'autre?

M. Soderstrom: Le fait de retenir complètement ces fonds serait évidemment une mesure radicale. Mais les solutions de rechange ne semblent guère plus populaires. Des pénalités échelonnées reporteraient pour longtemps encore l'élimination complète de la surfacturation.

D'autre part, n'importe quelle mesure fiscale entraîne un tas de problèmes d'ordre administratif. Si pareilles mesures étaient adoptées, le gouvernement fédéral aurait beau jeu d'accuser telle ou telle province de ne pas soumettre de compte rendu détaillé concernant la surfacturation, difficulté qui serait supprimée si les fonds étaient totalement retenus.

De plus, un programme échelonné serait compliqué alors que je préconise un système simple et compréhensible pour tous. Tout le monde au pays étant d'accord qu'il faut supprimer la surfacturation, pourquoi ne pas opter pour une solution simple?

[Texte]

perceive the seriousness of extra-billing both in its present context and what it may lead to.

Mr. Blaikie: Well my only concern, I have said this before so I do not hesitate to say it again, is that the argument has its analogy I think in saying, why monkey around with conventional warfare; we could have a much simpler solution if we just nuke the provinces that are not doing what we wanted them to do. That is the situation we were in before; that situation was regarded as unacceptable by everyone who called for the Canada Health Act. The solution you are arguing for exists now within the legislation, so we would have no need of being here.

Can I ask about the three-year period? It puts some provinces, it seems to me, at a disadvantage, even with the penalty as it is. That is my concern about the three-year period; in other words I would be not only open to the idea of tougher penalties, short of complete withdrawal, but also of having a hard look at the three-year period, because it seems to me that certain provinces who want to act quickly to eliminate extra-billing, will be put at a disadvantage in relation to a neighbouring province which, for one reason or another, either financial or ideologically or both, decides not to do anything about extra-billing, either for the whole three-year period or to take its time, two years or whatever. The penalty will be more severe for have-not provinces who neighbour on provinces which have traditionally tolerated more extra-billing in this case for instance Ontario or Alberta. These provinces who want that quickly will be put not only at the disadvantage that you notice in the fact that their fee schedules might have to rise even if extra-billing was banned right across the country in order to offset some physician dissatisfaction, but they might have to rise even more to prevent migration from one province to the other. Would you agree that that disadvantage exists for provinces who wanted to act quickly?

Mr. Blaikie: Yes.

Mr. Soderstron: One of the reasons for federal action is that it can be very difficult for individual provinces to act, because if they act individually to ban extra-billing you run into the kinds of problems that you mention. But, in that case to go back to our previous question, what the provinces need is a reasonable assurance that if they act now, the other provinces will also act. The dollar for dollar scheme does not provide that kind assurance to the provinces.

• 1610

Now, in terms of whether it should be a three-year or a two-year grace period, my preference would be to make it shorter, but the one thing I think you do have to honour, in provinces where there are effectively collective agreements with the medical profession on fees, is that you cannot ride roughshod over those collective agreements. In other words, there has to be a grace period to allow those collective agreements to expire.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, that creates a kind of practical problem, because as I understand it, the one province that does have a three-year agreement, in respect to which the three-year period was inserted in the Bill, is the one province where

[Traduction]

M. Blaikie: Cela reviendrait en quelque sorte à menacer de l'arme nucléaire les provinces qui refuseraient de se plier à nos ordres. Or c'est justement des mesures draconiennes et unilatérales qui avaient été jugées inacceptables par tous et c'est la raison pour laquelle la nouvelle Loi canadienne sur la santé a justement été élaborée.

En ce qui concerne la période de trois ans, j'ai l'impression que certaines provinces seraient ainsi désavantagées, même si les pénalités existantes restaient en place. Il faudrait donc à mon sens non seulement alourdir les pénalités, sans aller jusqu'à retenir les fonds dans leur totalité, mais il faudrait également revoir cette période de trois ans qui risque de désavantager les provinces qui décideraient de supprimer immédiatement la surfacturation par rapport à celles qui, pour une raison ou une autre, décideraient d'agir par étapes. Ces mesures pénaliseraient donc lourdement les provinces pauvres voisines de provinces qui ont toujours toléré davantage de surfacturation, en l'occurrence l'Ontario et l'Alberta. Ces provinces seraient en effet sans doute obligées d'augmenter la grille des rémunérations médicales même si la surfacturation était interdite dans tout le pays afin d'empêcher les médecins d'aller s'établir ailleurs. Ne pensez-vous pas que les provinces qui décideraient d'agir immédiatement seraient ainsi défavorisées?

M. Blaikie: Oui.

M. Soderstron: C'est justement parce que les provinces qui décideraient de s'attaquer individuellement à la surfacturation se heurteraient à de grosses difficultés que c'est au gouvernement fédéral d'agir. Il faut donc s'assurer que toutes les provinces agissent plus ou moins simultanément, ce qui ne serait pas le cas avec les mesures «dollar pour dollar» proposées dans le projet de loi.

Pour ma part, j'opterais pour une période de grâce plus courte; l'essentiel c'est que dans les provinces où les honoraires médicaux ont fait l'objet de conventions collectives, celles-ci doivent être respectées. Il faut donc prévoir une période de grâce en attendant l'expiration de ces conventions.

M. Blaikie: Cela soulèverait quelques difficultés car il se fait justement que la seule province ayant conclu une convention pour trois ans, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle une période de grâce de trois ans a été prévue dans le projet de loi,

[Text]

most of the extra-billing occurs. So the very situation that I was worried about is likely to happen. That is to say, Ontario will have a reason above and beyond the fiscal insignificance of the penalties and the ideological attachment to extra-billing that you find in the Government of Ontario; it will also have this reason, that it has a contract with its doctors. So any other province—a neighbouring province, not necessarily a bordering province—that wants to act will be at a significant disadvantage, unless we are willing, in whatever way that is possible, to not regard doctors' contracts as sacrosanct.

Mr. Halliday: Ontario already has.

Mr. Blaikie: Which is something that I have mentioned before.

Prof. Soderstrom: My view is that that is a collective agreement and it is not a good practice to get into the business of breaking collective agreements.

An Hon. Member: Hear, hear!

Mr. Blaikie: I could not agree more, Mr. Chairman, that it is not a good practice to get into breaking collective agreements. I am just unhappy, not with Dr. Soderstrom but with others—I will not mention any names—who have no qualms about breaking collective agreements, as I have said before, with railroaders and public servants, but when it comes to doctors it is a different story. We do not have a two-tier health care system in this country, but we at least have a two-tier system when it comes to collective bargaining rights. One group's collective bargaining rights seem to be much more important than those of other groups.

The Chairman: Do you have a final question at this time, Mr. Blaikie?

Mr. Blaikie: I will let the other people go ahead.

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman.

I can understand your view, Professor Soderstrom. In fact, I would just like a clarification of your position. Apart from the other changes in the Bill about rewording with regard to the five basic conditions and adding the words "extra-billing" and "user fees" in the Bill, what you are really suggesting in terms of a penalty is what exists now, because the federal government could have withheld the funds any time it wanted to, if it thought it could win the day either constitutionally or politically. So, in fact, you are saying that the system of what I have described as the sledgehammer, where you withhold all the funds, is what we have now.

Prof. Soderstrom: I was trying to say two things, and I would hate to see us lose sight of the fact that I am trying to say two things. The important thing I am trying to bring to this committee this afternoon is the suggestion that this dollar-for-dollar tax game will not bring about the end of extra-billing across the land. That is the main thing that I want to get across this afternoon. I was asked in a question what I would want to see as an alternative. I say the easiest thing I can see that will lead to the end of it quickly is total withholding. But let us not confuse the two totally. One point is that the dollar-for-dollar tax scheme probably will not lead to the

[Translation]

est également la province où la surfacturation est la plus fréquente. L'Ontario pourrait donc faire valoir ce fait qui viendrait s'ajouter au peu de choses que représenteraient les amendes alors que le gouvernement de l'Ontario est largement favorable au principe même de la surfacturation. Une province voisine qui déciderait d'agir dans ces conditions se trouverait donc défavorisée, à moins que nous décidions de ne pas considérer des accords passés avec le médecin comme étant sacro-saints.

M. Halliday: L'Ontario l'a déjà fait.

M. Blaikie: Je l'avais déjà fait remarquer.

M. Soderstrom: Je trouve qu'il ne faut pas revenir sur une convention collective.

Une voix: Bravo!

M. Blaikie: Je suis tout à fait d'accord en principe, monsieur le président. Mais ce même principe devrait s'appliquer aux conventions collectives conclues avec les cheminots et les fonctionnaires. Si nous n'avons pas à proprement parler un double système de soins de santé, par contre, il semblerait que nous ayons deux catégories de conventions collectives, dont l'une est bien plus importante que les autres.

Le président: Vous avez une dernière question à poser, monsieur Blaikie?

M. Blaikie: Non.

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président.

Je voudrais avoir quelques précisions, monsieur le professeur. Outre la modification que vous proposez aux cinq conditions fondamentales, ainsi que l'insertion des expressions «surfacturation» et «frais modérateurs», vous proposez que les pénalités actuellement en vigueur soient maintenues, le gouvernement fédéral pouvant en principe décider de retenir les fonds, s'il estimait pouvoir avoir gain de cause au plan constitutionnel ou politique. Donc, à votre avis, la possibilité de retenir les fonds existe d'ores et déjà.

M. Soderstrom: Il y a deux choses que je voulais vous faire remarquer. Premièrement et c'est ce qui est le plus important, ces pénalisations fiscales n'auront nullement pour effet de supprimer la surfacturation. C'est en retenant les fonds dans leur totalité que la surfacturation serait éliminée le plus rapidement. Mais il ne faut pas confondre les deux. Il y a donc d'une part le fait que le plan fiscal proposé par le projet de loi n'aura pas pour effet de faire disparaître la surfacturation. Cela étant, j'estime que c'est en retenant la totalité des fonds que cet objectif pourrait être atteint.

[Texte]

disappearance of extra-billing in Canada. I think that is important. If we recognize that, then we ask, what do we look for, if what we want to do is to get rid of extra-billing? All I am adding is this, that one possibility, one that I currently lean to, is total withholding.

Mr. Breau: I can see, from the point of view of an economist, that you would take that position. I think it is a matter of political judgment as to what the behaviour of the provinces will be. I happen to think an awful lot of provincial Cabinet Ministers do not like extra-billing either, they just have not been able to stop it. Possibly a lot of Health Ministers in provinces do not like user fees either and they are being overruled by Ministers of Finance in the provincial governments.

While I am speaking about that, you said a while ago, in answer to a question, that everyone wants to do away with extra-billing. Of course, you realize that everyone except the provincial government . . .

• 1615

Prof. Soderstrom: If I said everyone, I did not mean it. I said widespread support.

An hon. Member: He did say that.

Mr. Breau: I think it is everyone, if I may help you clarify your answer. It is everyone, except some provincial governments and some spokesmen for the medical profession, and then with the Conservative opposition here we are not so sure. Sometimes we think they are against it, sometimes we are not so sure they are against it.

Mr. Blaikie: And some of them are interested in what the witness says.

Mr. Breau: I would just like to share with you the political difficulty that I see, and I am making the judgment that the dollar-for-dollar penalty will bring a lot of political pressure on the provincial governments, because all of this is a question of political pressure, moral pressure, and before a Minister in a provincial assembly can justify to his electorate that he is going to do away with a certain amount of money, I think it is going to be difficult for him politically to justify that.

But I would like to share with you the frustration, if I can call it that, that a federal parliamentarian has in a country like Canada. It has never been proven, never been shown what the Supreme Court of Canada would say if there were ever a clash between the federal government and the provinces on an issue of withholding of funds. If we had used the present system, for example, to withhold all of the funds—because we do not have a graduation now. If you want to do something now you have to hold up all of the funds. The impact there is to penalize all of the taxpayers of that province a substantial amount, and I am not so sure . . . Again it is a question of political judgment at this time. Until some time in the future, if we do ever get a case that goes to the Supreme Court of Canada, one has to judge how far you can go in intruding into the provincial domain, because we are only involved in this through a funding mechanism. The rationale for the dollar-for-dollar is to say that since the federal Parliament has the power to spend under

[Traduction]

M. Breau: C'est une position logique pour vous en tant qu'économiste. La question est de savoir comment les provinces réagiraient. De nombreux ministres provinciaux tout en n'étant guère partisans de la surfacturation, n'ont pas réussi à y mettre un terme. Les tickets modérateurs ne sont eux non plus pas très populaires auprès des ministres provinciaux de la Santé, mais ce sont les ministres des Finances qui ont eu le dernier mot.

Vous disiez tantôt que tout le monde voudrait supprimer la surfacturation. Vous réalisez certainement qu'à l'exception du gouvernement provincial, tout le monde . . .

M. Soderstrom: Si j'ai dit tout le monde, ce n'est pas ce que je voulais dire. J'ai dit en général.

Une voix: En effet.

M. Breau: Je crois toutefois que c'est tout le monde. Tout le monde, sauf certains gouvernements provinciaux et certains porte-parole de la profession médicale et, ici, avec l'opposition conservatrice, on ne sait pas trop. Quelquefois nous croyons que les conservateurs sont contre, mais d'autres fois nous ne sommes plus si sûrs.

M. Blaikie: Et certains d'entre eux s'intéressent à ce que dit le témoin.

M. Breau: Je voudrais simplement discuter avec vous de la difficulté politique que cette situation me semble présenter. J'estime en effet que la pénalité financière exercera une pression politique importante sur les gouvernements provinciaux, car tout cela est une question politique, morale, et je serais bien surpris qu'un ministre provincial réussisse à justifier à son électorat qu'il est opportun de se passer de certaines subventions.

Cela n'empêche que c'est très décourageant pour un parlementaire fédéral. On n'a jamais fait l'expérience de ce que déclarerait la Cour suprême du Canada s'il arrivait un jour que le gouvernement fédéral et les provinces se disputent sur une question de blocage de fonds. Si nous avions, par exemple, utilisé le système actuel pour bloquer tous les fonds puisqu'il n'y a plus maintenant de gradation. Si l'on veut faire quelque chose, il faut tout bloquer. Le résultat est que cela pénalise tous les contribuables de la province dans des proportions assez importantes, et je ne suis pas certain . . . Là encore, c'est une question d'appréciation politique. Tant qu'une cause semblable n'aura pas été portée devant la Cour suprême du Canada, il faudra évaluer jusqu'où l'on peut empiéter sur le domaine provincial, car nous ne sommes impliqués là-dedans que par un mécanisme de financement. Le raisonnement utilisé pour imposer une pénalité d'un montant égal à ce qui a été perçu en trop est que, puisque le Parlement

[Text]

the Constitution it should be able to spend under certain conditions. But in my view the judgment that is made is that if you go beyond the value of what constitutes the impairment of the condition, you may not be able to stand up in terms of this federal-provincial line we have to tread all the time.

If I had the choice, I would find another means to deal with extra billing. If we were doing this in the context of an agreement with the provinces it would be very easy. All the provinces have to do is to legislate and say there shall not be any extra billing, or there shall not be any user fees. But we are not doing this in the context of an agreement. We have to move unilaterally because it has been tried—the Minister has tried. A special committee of the House of Commons unanimously, well not 100% but a lot of it was unanimous, tried to put pressure on the provinces to come to an agreement with the federal government, and all these efforts have failed. So it seems to me that while I see your point from an economics point of view, I hope you see our position as federal parliamentarians trying to respect that line. How far do we go in actually changing something which is under provincial jurisdiction, something that we are not allowed to do under the Constitution? Do you see the problem? I am not discounting your argument that this is not the best means. What I am saying is that I believe it is the only means we have.

Prof. Soderstrom: I am not sure how to react to that. Economists can do amazing things, but I do not think I will try to be a lawyer this afternoon as well.

Mr. Breau: No, no, a politician. I am not a lawyer; God forbid.

Mr. Lachance: Have you got anything against lawyers?

An hon. Member: A point of law!

Prof. Soderstrom: The only thing I think people ought to be clear about is that it is quite uncertain whether the bill as it stands will lead to the elimination of extra billing.

Mr. Breau: It is uncertain.

Prof. Soderstrom: Very much uncertain. Of course, you never have total certainty, but I am saying in this case it is very uncertain. The historical experience under the old hospital insurance legislation is a good indication of that.

• 1620

People at the present time, though, seem to want to see extra-billing stopped. There seems to be a lot of support for doing that. I think we at least ought to be clear that this bill may not do it; and I do not think that is clear.

Mr. Breau: Well, of course; it is not clear for the reasons I just explained. It is because we cannot legislate in the provincial domain, because the question of billing by a professional is

[Translation]

fédéral est habilité à faire des dépenses au terme de la Constitution, il doit pouvoir poser certaines conditions. À mon avis, si vous dépassez la considération du non-respect d'une condition, votre action n'est peut-être plus justifiée dans le cadre des relations fédérales-provinciales où il nous faut toujours évoluer.

Si j'avais le choix, j'essayerais de trouver un autre moyen de contrer ces surfacturations. Si nous faisions cela dans le contexte d'un accord avec les provinces, ce serait très facile. Il suffirait aux provinces de légiférer l'interdiction de la surfacturation faute de quoi il n'y aurait pas de frais modérateurs. Or, dans ce cas, il n'est pas question d'entente. Nous devons agir unilatéralement, car le ministre a déjà essayé de procéder autrement. Un comité spécial de la Chambre des communes a essayé à l'unanimité, pas totale, mais presque à l'unanimité, d'exercer des pressions sur les provinces pour parvenir à une entente avec le gouvernement fédéral, et tous ses efforts ont échoué. Il me semble donc que si je comprends bien ce que vous voulez dire du point de vue économique, vous devez également comprendre notre position de parlementaires fédéraux qui essaient de respecter cette ligne de démarcation entre le pouvoir fédéral et les pouvoirs provinciaux. Jusqu'où pouvons-nous aller pour véritablement changer quelque chose qui relève de l'autorité provinciale, quelque chose qui, aux termes de la Constitution, ne relève pas de nous? Vous voyez le problème? Je ne réfute pas votre argument. Ce n'est peut-être pas le meilleur moyen procéder, mais c'est le seul à notre disposition.

M. Soderstrom: Je ne sais pas trop comment répondre. Les économistes peuvent faire des choses extraordinaires, mais je ne pense pas que j'essayerai d'être également juriste cet après-midi.

Mr. Breau: Non, j'essaie seulement de comprendre le point de vue politique. Je ne suis pas moi-même juriste, Dieu m'en garde!

M. Lachance: Avez-vous quelque chose contre les juristes?

Une voix: Un rappel à la loi!

M. Soderstrom: La seule chose qui doit à mon avis être claire, c'est qu'il n'est pas du tout sûr que le projet de loi dans son texte actuel mènera à éliminer la surfacturation.

Mr. Breau: Ce n'est pas certain.

M. Soderstrom: Pas du tout. Il est évident que l'on n'est jamais entièrement certain, mais je dis que dans ce cas c'est très incertain. L'expérience de la vieille Loi sur l'assurance-hospitalisation en est un bon exemple.

Toutefois, à l'heure actuelle, les gens semblent vouloir mettre fin à la surfacturation. Cela paraît assez général. Il faudrait donc au moins préciser que ce projet de loi n'y parviendra pas forcément. Or, je ne crois pas que cela soit précisé.

Mr. Breau: Bien sûr, et pour les raisons que je viens d'expliquer. Parce que nous ne pouvons légiférer dans le domaine provincial, parce que la question des honoraires des professions

[Texte]

something that deals with—I do not know if it is labour laws or professional laws in the provinces; and if we legislated in that domain, it would be ultra vires. If we were doing this in the context of a federal-provincial agreement, of course there would be better means that would assure us.

But I do not agree with you that this means will not eliminate extra-billing. I agree it is not the best means, because we do not have this kind of agreement. But I believe the political and the moral pressure that will be put on the provinces will probably be enough. In fact, you are aware that I believe three, if not four, provincial governments have already used the bill to justify action in the area of extra-billing and in the area of user fees.

Prof. Soderstrom: About the federal-provincial relation here, I go back again on the historical side. We were not afraid in the late 1960s to say that provinces to receive federal cost-sharing had to meet some federal standards in terms of universality, public administration, etc.; and several provinces lost a lot of dollars because they were slow in jumping on the band wagon, in part because of those concerns. We did not get hung up on that constitutional issue there.

Mr. Breau: If you look at the wording of the Medical Care Act—and I read some of the debates when it went through; and mind you, it was during a minority Parliament—the convolution of the language is such that certainly people were worried about the fact that some provinces could take us to court. If you read the debates, you will find that some of the language is very convoluted, trying to get away from intruding into the provincial domain. Apart from the fact that we were in a different era of federal-provincial relations, and we did not have the thin-edge situation that you have now, there is no question that that was very much on the minds of people who wrote the act, and in fact it was amended during the debate I think on many occasions.

What would happen in the Supreme Court if it ever went there of course we do not know, because it has never been tested. The notion of withholding all funds, or even any amount of money, even one cent, from a provincial government when you are dealing with an automatic transfer has never been tested in court. So it seems to me we have to be very careful how far we go, because in this era of federal-provincial relations, I do not think provincial governments would hesitate to take the federal government to court if they thought we had gone too far.

Prof. Soderstrom: We may be stuck with a dollar-for-dollar tax scheme because of this kind of concern; but we may be saying, reading between the lines, that we may be stuck with an ineffective arrangement, essentially a licensing fee, because of constitutional concerns.

The Chairman: Mr. Breau, I will come back to you again later if you wish.

Dr. Halliday.

[Traduction]

libérales est régie par le droit du travail ou le droit professionnel, je ne sais pas, des provinces; et qu'ainsi, nous ne sommes pas habilités à légiférer dans ce domaine. Si nous le faisons dans le contexte d'une entente fédérale-provinciale, nous pourrions bien sûr avoir recours à de meilleurs moyens.

Je ne conviens toutefois pas avec vous que le moyen utilisé n'éliminera pas la surfacturation. Ce n'est peut-être pas le meilleur moyen, parce que nous n'avons pas ce genre d'entente. Je crois toutefois que les pressions politiques et morales qui s'exerceront de ce fait sur les provinces devraient suffire. En fait, vous savez probablement que trois, sinon quatre gouvernements provinciaux ont déjà pris le prétexte de ce projet de loi pour justifier une action dans ce domaine de la surfacturation et dans celui des frais modérateurs.

M. Soderstrom: Pour ce qui est des relations fédérales-provinciales, je reviens encore à ce que nous apprend l'histoire. Nous n'avons pas eu peur, à la fin des années 60, de déclarer que les provinces qui voulaient bénéficier du partage des frais offert par le gouvernement fédéral devaient remplir certaines conditions quant à l'universalité, l'administration publique, etc.; et plusieurs provinces ont perdu d'importantes subventions pour avoir traîné dans ces négociations. Cela ne nous avait pas du tout gêné du point de vue constitutionnel.

M. Breau: Si vous considérez le libellé de la Loi sur les soins médicaux—et j'ai lu certains des débats de l'époque, alors que vous vous souviendrez qu'il s'agissait d'un gouvernement minoritaire—le texte est tellement compliqué que certains s'inquiétaient probablement que des provinces puissent nous traîner devant les tribunaux. Si vous lisez les débats, vous constaterez que le libellé est en effet extrêmement tortueux, car on essayait de se garder d'intervenir dans le domaine provincial. Les relations fédérales-provinciales d'alors étaient peut-être moins tendues, mais il ne fait aucun doute que cette préoccupation était bien à l'esprit des légistes, qui ont d'ailleurs vu le projet de loi modifier plusieurs fois au cours du débat.

Qu'arriverait-il si la Cour suprême devait jamais être saisie d'une telle question? La question de bloquer tous les fonds, ou même seulement une partie des fonds, voire un sou, à un gouvernement provincial lorsqu'il s'agit de transfert automatique n'a jamais été traitée par les tribunaux. Il me semble donc qu'il nous faut être très prudents, car, dans ce domaine des relations fédérales-provinciales, je ne pense pas que les gouvernements provinciaux hésiteraient à traîner le gouvernement fédéral devant les tribunaux s'ils jugeaient que nous avons été trop loin.

M. Soderstrom: Cela risque de nous amener à un régime fiscal du même genre. En lisant entre les lignes, nous sommes peut-être en train de dire qu'il s'agit en fait d'une mesure inefficace, d'une cotisation, à cause de préoccupations constitutionnelles.

Le président: Monsieur Breau, je vous redonnerai plus tard la parole, si vous le souhaitez.

Monsieur Halliday.

[Text]

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I want to welcome Professor Soderstrom here and say that I am sure we all enjoy this kind of discussion and exchange of ideas.

I want to pursue, Mr. Chairman, the thinking that has gone before by my three predecessors, and some comments you have made yourself, sir, on first of all your comment that—and you did say everyone agrees with doing away with extra-billing.

Prof. Soderstrom: I did not mean that.

Mr. Halliday: I know you have backed off from it, and that is fine.

You also said in replying to Mr. Blaikie that you felt there could be some difficulties in provinces trying to legislate unilaterally on their own to abandon extra-billing. If we can assume—and I am not sure we can—if we can assume there is no political reason for the federal government on a short-term expediency basis to have this bill before us now—if we can assume that is the case, I think we also must assume those of us sitting around this table, now no matter which party we subscribe to, are probably all filled with the same amount of milk of human kindness as are our provincial colleagues at the provincial level. I do not think we are any different on how we react to people's needs because we are federal politicians than are the provincial politicians.

• 1625

Given that situation, and given the fact, as you suggest, that such a vast majority of Canadians want to ban extra-billing, and you also suggest that many provinces deep in their hearts may want to, I do not understand why we have not seen the provinces move ahead unilaterally, particularly in view of the fact that Quebec did, and apparently did with a more Draconian scheme than we are suggesting the provinces have now. Perhaps you could just give us your views on that. I am just wondering why the provinces have chosen... You must have good grounds, because as politicians, provincially, they want to satisfy their people, they want to get re-elected, they want to be as efficient as they can fiscally. What is it about the situation there that makes them so different from the apparent situation here in Ottawa?

Prof. Soderstrom: Let me sort of go back to one of your suppositions in terms of the short-term need, to start with. This is an issue we have been talking about now for a long time. It is an issue that has absorbed a lot of time and energy in federal, provincial and other domains. It is, I think, time that someone acts to clear the air on extra-billing so we can get on to some of the other pressing problems facing the health system.

The individual provinces have not shown much interest in acting. You can ask the provincial governments themselves why; I am not going to try to second-guess them. But there are some problems, and this is why I think it is important for the federal government to be acting here. It is the sort of thing

[Translation]

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je veux souhaiter la bienvenue au professeur Soderstrom et lui dire que nous nous félicitons tous de ce genre de discussion et d'échange d'idées.

J'aimerais poursuivre dans la ligne de pensée des trois députés qui m'ont précédé et faire suite à certaines de vos observations, notamment, tout d'abord, lorsque vous avez déclaré que tout le monde souhaitait que soit supprimée la surfacturation.

M. Soderstrom: Ce n'est pas ce que je voulais dire.

M. Halliday: Je sais que vous vous êtes ensuite repris.

Vous avez d'autre part déclaré, en réponse à M. Blaikie, qu'à votre avis, il pourrait être difficile pour certaines provinces d'essayer de légiférer unilatéralement pour supprimer la surfacturation. Si nous pouvons supposer, et je ne suis pas sûr que nous le puissions, que le gouvernement fédéral n'a pas un prétexte politique urgent pour nous faire adopter ce projet de loi, je crois qu'il nous faut également supposer que ceux d'entre nous qui sont ici, quel que soit le parti auquel ils appartiennent, sont ni plus ni moins humains et gentils que leurs homologues provinciaux. Je ne pense pas que nous réagissions très différemment devant les besoins de la population parce que nous sommes en politique fédérale plutôt qu'en politique provinciale.

Cela dit, et comme vous dites que la grande majorité des Canadiens souhaitent que l'on interdise la surfacturation, et que beaucoup de provinces aimeraient au fond le faire, je ne comprends pas pourquoi les provinces n'ont pas agi unilatéralement, surtout que le Québec l'a fait, et de façon plus draconienne que ce que l'on suggère aux provinces. Qu'en pensez-vous? Je me demande simplement pourquoi les provinces ont choisi... Il faut qu'elles aient de bonnes raisons, car les députés et gouvernements provinciaux veulent satisfaire leur électorat, se faire réélire, présenter les meilleures mesures financières possibles. Qu'est-ce qui rend la situation apparemment si différente à Ottawa?

M. Soderstrom: Je reviendrai tout d'abord sur une de vos suppositions quant aux besoins à court terme. Nous parlons de cela depuis maintenant longtemps. C'est une question qui a absorbé beaucoup de temps et d'énergie, tant à l'échelon fédéral qu'à l'échelon provincial, et dans d'autres domaines. Je crois qu'il est donc temps que quelqu'un agisse pour régler cette histoire de la surfacturation, de sorte que l'on puisse s'occuper ensuite d'autres problèmes pressants en matière de santé.

Les provinces n'ont pas individuellement voulu agir. Vous pouvez demander aux gouvernements provinciaux pourquoi; je ne vais pas essayer de deviner. Cela présente toutefois certains problèmes, et c'est pourquoi je crois qu'il est important que le gouvernement fédéral agisse. C'est le genre de chose dont

[Texte]

that Mr. Blaikie brought out; that it may be very difficult for a single province to act unilaterally in this sort of area.

Mr. Halliday: Why? That is what I want to know, why, because Quebec did.

Prof. Soderstrom: Quebec did; Quebec is special.

Mr. Bradley: Steady now, we are not supposed to say that.

Prof. Soderstrom: Quebec, in terms of its view as to what the nature of the health system should look like, has had a different perception than I think most any of the other provinces have had. It is in that sense that I am saying it is special in this case. I think ideology is an important element of the story. I have listened to Mr. Russell, for example, and have talked with him, his vision is very different from the vision I have found with the health Ministers in Quebec in terms of the role that the state should play in the financing of the systems. That is why ideology is so important in this debate on extra-billing. And that may be part of the reason why some of the provinces are not acting.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I would just respond by saying that ideology, I think, is important, but surely the politicians in any given province reflect the ideology they think the majority of their people want. I would suggest that the very fact the other provinces have not done what Quebec has done suggests that we should be taking a second look at the public demand and the public outcry for complete banning of extra-billing.

Let me go on to another area of this.

The Vice-Chairman: One last question, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: My goodness, I just started. All right, let me refer to Professor Soderstrom's brief on page 10. You gave us some very interesting statistics there about Quebec between 1972 and 1976. You explain how their fees for physicians, the real value, fell 23%; but most interestingly you explain how the average number of services per physician increased by 40% and the average number of such acts per capita increased 64%. So there was an obvious vast increase in the services that were rendered.

Now either Quebec was being treated with completely inadequate medical care, and obviously had to have a vast increase, or else a situation has developed where it is being completely overserved for one reason or another. There has been no public outcry from physicians, and I have this from one of the leading physicians in Quebec, one of the prominent leaders in the Quebec physician area, that there has not been a public outcry from physicians, so somehow they are satisfied with the incomes they are getting. Obviously, part of that is being achieved by virtue of this vast increase in the number of services per capita and per physician. That being the case, there is obviously somehow going to be a need in all the other provinces for a vast infusion of money, I think.

[Traduction]

parlait M. Blaikie; il peut être très difficile pour une province seule d'agir unilatéralement dans un domaine semblable.

M. Halliday: Pourquoi? C'est ce que j'aimerais savoir, parce que le Québec l'a fait.

M. Soderstrom: C'est vrai, mais le Québec est une province spéciale.

M. Bradley: Attention, c'est quelque chose que l'on ne peut dire.

M. Soderstrom: Le Québec a pourtant toujours eu une conception du régime de santé assez différente de celle des autres provinces. C'est dans ce sens que j'estime que c'est une province spéciale. L'idéologie est certainement un élément important. J'ai écouté M. Russell, par exemple, et j'ai parlé avec lui de sa perception de la question. Je puis vous dire qu'elle diffère beaucoup de celle des ministres de la Santé du Québec quant au rôle que doit jouer l'État dans le financement de tels régimes. C'est pourquoi l'idéologie est tellement importante dans ce débat sur la surfacturation. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles certaines provinces n'agissent pas.

M. Halliday: Monsieur le président, je répondrai simplement qu'à mon avis, l'idéologie est importante, mais qu'il est certain que les hommes politiques, dans une province donnée, reflètent l'idéologie de la majorité de leur électorat. Si les autres provinces n'ont pas fait ce qu'a fait le Québec, c'est peut-être qu'il nous faudrait revoir si la population veut tellement interdire la surfacturation.

Je vais aborder maintenant un autre sujet.

Le vice-président: Dernière question, monsieur Halliday.

M. Halliday: Ma foi, je commençais à peine. Bref, je me reporte au mémoire du professeur, à la page 10. Vous nous donnez des statistiques très intéressantes sur le Québec entre 1972 et 1976. Vous expliquez comment les honoraires des médecins, en valeur réelle, ont diminué de 23 p. 100; ce qui est le plus intéressant, c'est que vous expliquez comment le nombre moyen de services offerts par médecin a augmenté de 40 p. 100 et le nombre moyen de services par habitant, de 64 p. 100. Cela représente donc, de toute évidence, une augmentation majeure des services rendus.

Cela signifie soit que le Québec avait jusque-là des services médicaux tout à fait déficients qui expliquent cette forte majoration, soit qu'aujourd'hui, pour une raison ou une autre, cette multiplication des services est exagérée. Les médecins ne se sont pas plaints publiquement, d'après ce que m'en a dit un des grands médecins du Québec, si bien qu'ils semblent satisfaits de leurs revenus. Manifestement, on y parviendra en partie par l'augmentation marquée du nombre de services par habitant et par médecin. Cette situation va évidemment entraîner la nécessité, dans toutes les autres provinces, d'injecter de fortes sommes d'argent, je crois.

[Text]

[Translation]

• 1630

Now, the Minister, federally, says there is no underfunding situation in existence. She denies that is a problem. If we take her word for it, I do not know how we are going to finance nationally this kind of increase in services that we see, that you have documented as having occurred in Quebec. Across the country, how do you see the other provinces meeting these financial demands that you have shown did develop in actual fact in Quebec? Is that going to be achieved by the provinces through allowing the infusion of private money, or do you see money coming from Ottawa, by taxation, which the Minister says is not necessary? She somehow disagrees with what happened in Quebec and says there is no more need for extra funding.

So, Mr. Chairman, I wonder if our witness could give us some of his views on that overall problem of underfunding and how we can deny the existence of underfunding in view of the figures from Quebec he has given us when they were faced with this kind of Draconian scheme?

Prof. Soderstrom: I think you have misunderstood the argument. The point I am trying to make there is that if a province bans extra-billing, it saves money, because it would not have to pay the tax penalty. It would be ahead if they could get by with no other change in its medicare expenditures. The problem is medicare expenditures may change, in part because the provinces may be compelled to pay higher fees to physicians in order to soothe the wounds, so to speak. The medicare expenditures, if they do not raise the fees, may go up as well, because the physicians may turn around to their clients and suggest that more tests, more services are needed. And this is what happened in Quebec when they squeezed the fees.

That is the point I am driving at here. It is evidence to indicate why, from a financial point of view, the provinces may not find it attractive to do away with the tax scheme. In part their costs may go up because of higher fees; in part their costs may go up . . . If they try to hold down on fees, their costs will go up, because physicians may very well generate more demand. The way to control the cost is by a judicious increase in fees—avoid the demand manipulation.

The Vice-Chairman: Mr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman. I would like to go back to the issue of the main thrust of Dr. Soderstrom's message, that the dollar-for-dollar is not sufficient incentive for the provinces to curb extra-billing. My concern with this, Dr. Soderstrom, is that if we did go the route of a total cut-off, it seems to me that would rapidly lead, at least at the very minimum, to cutting of corners in a fairly massive way in the province involved, and that this could lead to increased morbidity and possibly even mortality with patient care. Our

Or, le ministre fédéral déclare qu'il n'y a aucun sous-financement. Elle nie qu'il y ait un problème. Si nous la croyons, je ne sais pas comment nous allons financer, à l'échelle nationale, les augmentations de services dont nous sommes témoins, comme c'est le cas au Québec, d'après votre documentation. À votre avis, comment les autres provinces feront-elles face aux exigences financières que l'on a constatées en fait au Québec, d'après ce que vous nous avez montré? Est-ce que pour y parvenir, les provinces permettront l'injection de capitaux privés, ou pensez-vous que cet argent viendra d'Ottawa, par une imposition fiscale, que le ministre estime inutile? Le ministre contredit ce qui s'est passé au Québec et prétend qu'il n'est pas nécessaire d'augmenter le financement.

Donc, monsieur le président, je me demande si notre témoin pourrait nous dire ce qu'il pense du problème global du sous-financement et nous expliquer comment nous pouvons nier qu'il y a sous-financement à la lumière des chiffres qu'il nous a donnés en provenance du Québec où l'on a dû recourir à un régime draconien?

M. Soderstrom: Je pense que vous avez mal compris l'argument. J'essayais de faire valoir que si une province interdit les frais modérateurs, elle y gagne de l'argent, car elle ne se verra imposer aucune sanction fiscale. Une province se trouverait donc en meilleure posture si elle pouvait s'en tirer sans modification de dépenses dans le secteur de la santé. Or, la difficulté vient de ce que ces dépenses peuvent changer, en partie parce que les provinces se verront peut-être obligées de verser des honoraires plus élevés aux médecins afin de les calmer, si je puis dire. Même si les honoraires ne sont pas augmentés, les dépenses pourraient fort bien accroître, parce que les médecins pourraient se tourner vers les patients et leur dire qu'ils ont besoin de plus d'analyses ou de plus de services. C'est ce qui s'est produit au Québec lorsqu'on a limité les honoraires.

C'est ce à quoi je voulais en venir. Cela a tendance à montrer pourquoi, du point de vue financier, les provinces ne seront peut-être pas portées à éliminer le régime fiscal. Leurs frais augmenteront peut-être en partie à cause des honoraires plus élevés, et aussi . . . Si elles essaient de maintenir les honoraires, leurs frais augmenteront parce que les médecins pourraient fort bien augmenter la demande de services. Afin de contrôler les coûts, il faut procéder à une augmentation judicieuse des honoraires et éviter toute manipulation de la demande.

Le vice-président: Monsieur Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président. J'aimerais revenir au point central du message du Dr Soderstrom, à savoir que la pénalité dollar pour dollar ne suffira pas à inciter les provinces à mettre fin à la surfacturation. Ce qui me préoccupe, docteur Soderstrom, c'est que si nous adoptons l'idée d'une coupure globale, cela nous entraînera rapidement, à tout le moins, dans une province où c'est le cas, à arrondir les coins d'une façon assez générale, ce qui pourrait entraîner une augmentation de la morbidité et peut-être même de la mortalité chez les patients. Notre grande préoccupation, c'est de nous assurer

[Texte]

number one concern is to make sure people have proper health care. I would be interested in your response to that.

Prof. Soderstrom: All right—two kinds of responses. One, sort of going back to the main point I am trying to get across here, is that the dollar-for-dollar scheme will not work. If you want to come up with an alternative scheme that you think has a much higher probability of working, fine. All I am saying is that the scheme that I see that is the simplest to administer, the most straightforward, the clearest, is the total withholding. I am attracted to the total withholding because I think it will work; that the provinces will not stay outside of medicare very long; that they would do away with the extra-billing, and so you would not get the adverse affects on health that you mention.

Mr. Lang: Well, okay, I think we agree to differ on that.

Prof. Soderstrom: I mean, that is the experience we had with medicare.

Mr. Lang: I hate to admit it, but I think I have to agree with Bill Blaikie on this. It is sort of like the nuclear issue: you have such a massive threat that somebody might be tempted to call your bluff because you cannot use it.

Prof. Soderstrom: Okay, if that is true and you recognize that the dollar-for-dollar will not work, then what is necessary is you are going to have to look at the sort of thing that Bill is talking about in terms of having some sort of an escalating arrangement. You may want to try a higher tax rate, etc. But let us recognize that the dollar for dollar may not work.

• 1635

Mr. Lang: I am wondering if you . . .

Mr. Lachance: On a point of clarification, Mr. Chairman, either it will not or it may not. I have difficulty following the last two comments. In one case Professor Soderstrom says it will not; in the other case he just said it may not. Can he explain the difference between the words?

Professor Soderstrom: I do not think anyone can predict with certainty that a scheme will or will not work. I am saying it probably will not work. Some provinces probably will find the economic attractions of extra billing, even with a tax scheme of some importance. They will continue to find extra billing attractive on ideological grounds. As a result, I am inclined to think that not all provinces will ban extra billing when the Canada Health Act comes into force.

Mr. Lachance: That is all right on that.

Mr. Lang: I would like to go to a different topic now because you and I differ on this one.

Have you done any studies in the area of cost-effectiveness of programs to ensure that the active treatment beds in hospitals are not being used for chronic care patients; in other

[Traduction]

que les gens reçoivent de bons soins de santé. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

M. Soderstrom: Très bien—j'ai deux genres de réponses. Tout d'abord, pour revenir au point principal que j'essayais de faire valoir, l'idée de retirer un dollar par dollar de surfacturation ne fonctionnera pas. Si vous voulez trouver un plan de rechange qui ait, à votre avis, beaucoup plus de chance de fonctionner, parfait. Je dis simplement que le plan qui me semble le plus simple à appliquer, le plus direct, le plus clair, c'est le retrait total. Cette mesure me plaît, car j'estime qu'elle réussira; que les provinces ne resteront pas à l'extérieur du Régime de santé pendant très longtemps, qu'elles aboliront les frais modérateurs, ce qui abolira les effets néfastes sur la santé dont vous avez parlé.

M. Lang: Très bien, je crois que nous sommes convenus de différer sur ce point.

M. Soderstrom: Après tout, c'est l'expérience que nous avons eue avec le Régime de santé.

M. Lang: J'ai horreur de le reconnaître, mais je dois me ranger à l'avis de Bill Blaikie à ce sujet. C'est un peu comme la question nucléaire: la menace est si importante que quelqu'un pourrait être tenté de demander à voir vos cartes, parce que vous ne pouvez pas y avoir recours.

M. Soderstrom: Très bien, si c'est vrai et si vous admettez que la pénalité dollar pour dollar échouera, alors il vous faut examiner les façons de faire face à l'escalade des coûts dont parle le bill. Vous voudrez peut-être préconiser un taux d'imposition plus élevé, etc. Mais admettons que la pénalité dollar pour dollar ne marche pas.

M. Lang: Je me demande si vous . . .

M. Lachance: Une précision, monsieur le président, c'est l'un ou l'autre. J'ai du mal à suivre les deux dernières remarques. Dans un cas, le professeur Soderstrom dit que cela ne fonctionnera pas; dans l'autre cas, il vient de dire que cela ne fonctionnera peut-être pas. Peut-il expliquer la différence entre les deux?

M. Soderstrom: Je ne crois pas que quiconque puisse prédire avec certitude qu'un régime fonctionnera ou ne fonctionnera pas. Je dis que probablement cela ne fonctionnera pas. Certaines provinces trouveront probablement avantageux sur le plan économique de favoriser les frais modérateurs même dans le cadre de dispositions fiscales d'une certaine envergure. Elles continueront pour des raisons idéologiques à trouver les frais modérateurs attrayants. Par conséquent, je suis porté à le croire que toutes les provinces n'interdiront pas les frais modérateurs lorsque la Loi canadienne sur la santé entrera en vigueur.

M. Lachance: Très bien.

M. Lang: J'aimerais passer à un sujet différent maintenant puisque vous et moi différons à ce sujet.

Avez-vous effectué des analyses de rentabilité des coûts des programmes, afin de vous assurer que les lits de soins actifs dans les hôpitaux ne sont pas utilisés pour des patients

[Text]

words, that we make the initial capital investment for a proper home care system and proper chronic care system in Ontario? Have any studies been done on that?

Professor Soderstrom: A former student of mine did a study on the cost-effectiveness of making greater use of chronic care facilities in nursing home services. The upshot is that there are probably some savings—but the savings are nowhere nearly as great as a lot of people imagine—as opposed to keeping the same patients in acute care beds.

Mr. Lang: I would be interested in any numbers you might have on that.

Professor Soderstrom: Off the top of my head I could not say.

Mr. Lang: Without doing a major study, it seems to me that active treatment beds costing \$200 to \$300 a day are a lot more expensive than someone who is on home care at maybe \$40 a day or in a chronic care hospital at maybe \$100 a day. It seems to me, particularly with the demographics of increased aging in the population, that this is a way we can save major amounts of money over a long period of time.

Professor Soderstrom: The problem is that you really cannot compare the \$200 figure with the \$40 figure because the chronic patient who could be transferred, say, to a nursing home or a chronic care facility or home care is not using hospital services nearly as extensively as the average hospital patient. Very little surgery is being done. Very little in the way of tests, etc., is being done on these patients. As a result, the costs that they themselves are generating are nowhere near \$200 per day. There is, as I say, some saving, but it is not the \$160 differential that your numbers suggest. They are not unique to you. A lot of people have made that sort of calculation.

Mr. Lang: A third area I am interested in is the question of assembly line medicine. It seems that the number of visits per person in a year is increasing over time. It also seems that the number of patients seen by physicians, particularly primary care physicians, family physicians, is increasing over time compared to 20 years ago or even 10 years ago and that complaints about people not being treated as persons—assembly line medicine—are increasing.

At the same time as we hear these complaints we also hear some health economists—I am not sure whether you are one of them—suggesting that there is an oversupply of physicians. It seems to me that in actual fact physicians who are seeing 40 or 50 people a day are having to meet a greater demand than is really proper and efficient for good total person care. I would be interested in your comments on that.

Professor Soderstrom: There are two issues: one is what we know about the extent of assembly line medicine and the second question is physician supply.

[Translation]

chroniques, en d'autres termes, pour qu'il y ait un investissement en capital au départ permettant de mettre sur pied un régime approprié de soins à la maison et un régime approprié de soins chroniques en Ontario? Est-ce que des études ont été faites sur cette question?

M. Soderstrom: Un de mes anciens étudiants a fait l'étude de rentabilité des coûts d'une utilisation plus grande des installations de soins chroniques des maisons de santé. Le résultat, c'est qu'il y a probablement des économies à faire cela—mais des économies minimales par comparaison avec ce qu'un grand nombre de gens s'imaginent—plutôt que de garder les mêmes patients dans des lits de soins actifs.

M. Lang: Je serais intéressé à connaître les chiffres que vous avez à ce sujet.

M. Soderstrom: À l'improviste, je ne saurais dire.

M. Lang: Sans faire de grandes études, il me semble que les lits de soins actifs qui coûtent 200\$ à 300\$ par jour sont beaucoup plus coûteux que les 40\$ qu'il en coûte pour garder quelqu'un à la maison ou les 100\$ par jour qu'il en coûte pour un lit dans un hôpital de soins chroniques. Il me semble, surtout devant le vieillissement de la population, que ce serait une façon de réaliser des économies importantes à long terme.

M. Soderstrom: La difficulté provient de ce que l'on ne saurait comparer en réalité les 200\$ et les 400\$, parce qu'un patient chronique qu'on pourrait déménager, disons, dans une maison de santé ou un établissement de soins chroniques ou chez lui n'utilise pas les services hospitaliers d'une façon aussi intensive que le patient moyen. Il se fait très peu de chirurgie. Il se fait très peu d'examen, etc. sur ces patients. Par conséquent, ce qu'il coûte ne ressemble en rien à 200\$ par jour. Il y a comme je l'ai dit, une certaine économie, mais celle-ci est loin des 160\$ que sous-entendent vos chiffres. Ces chiffres, d'ailleurs, vous n'êtes pas le seul à en parler. Beaucoup de gens ont fait des calculs de ce genre.

M. Lang: Un troisième sujet m'intéresse, c'est la question de la médecine en série. Il semble que le nombre de visites par personne, par année, augmente avec le temps. Il semble également que le nombre de patients que voient les médecins, surtout les médecins à la première étape, les médecins de famille, augmente avec le temps par comparaison à ce qu'il était il y a 20 ou même 10 ans, et que les gens se plaignent davantage de n'être plus traités comme des personnes—d'avoir affaire à une médecine de masse.

De même, nous entendons également certains économistes du secteur de la santé—je ne sais pas si vous êtes parmi eux ou non—laisser entendre qu'il y a un surplus de médecins. Il me semble qu'en fait, les médecins qui voient 40 ou 50 personnes par jour doivent répondre à une demande beaucoup plus grande que celle qui permettrait le soin approprié et efficace de la personne globale. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

M. Soderstrom: Vous posez deux questions d'abord que savons-nous de l'étendue de la médecine de masse et deuxièmement, du nombre de médecins.

[Texte]

• 1640

I do not have a lot of numbers on assembly-line medicine, but one I found was interesting. A study was done in Quebec in 1978... a rather large study—and one of the things they asked the physicians was how much time they spend with patients. The group who did the study were a Princeton-based group, and they compared their Quebec results with what they had for the United States. It was very interesting that the average Quebec physician spent much more time with the average patient than his American counterpart.

Whether we have a growing problem of rapid turnover of patients—I would not react to that.

Whether we have too many physicians or not, I think one of the key statistics in the health system today is that we have had a major increase in physician manpower in the last 10 to 12 years in Canada—increases that outstrip what the Hall commission projected in the mid-1960s. We have had an enormous increase. I think part of the tension that we find in the hospital sector in terms of waiting lines and this sort of thing stems from the fact that we have had this big increase in the number of physicians while at the same time we have not had the same increase in hospital facilities. So the physicians who normally look to the hospitals as their workshop are finding that the workshop is much more crowded because there are more doctors who want to use the equipment that is there.

Do we have too many physicians now? If you are asking for a scientific study with which one can make an answer to that, no, it does not exist. My judgment, and I think the judgment of a lot of other people, as you suggest, is that we probably do now have more physicians, in general, than what we need. Our real problem is the distribution of the manpower that we have. We need perhaps more in certain specialties, more going into certain geographic areas, than have traditionally been taking place. That is where our manpower problem is.

The Vice-Chairman: Mr. Lang, that was your last question. I am sorry.

Mr. Bradley.

Mr. Bradley: Thank you, Mr. Chairman.

Doctor, I find your report very interesting. I find your arguments actually very convincing. I accept your concept of total withdrawal; and I give you the benefit of the doubt automatically, because when I was going to university I learned very quickly that if you do not totally understand what your professor is presenting you with, you accept it without question...

Prof. Soderstrom: You should do the opposite.

Mr. Bradley: —because that is what you are going to be examined on. I find it very interesting.

[Traduction]

Je n'ai pas beaucoup de chiffres sur la médecine de masse, mais j'ai trouvé certaines données intéressantes. Une étude effectuée au Québec en 1978—une étude d'assez grande envergure—demandait notamment aux médecins combien de temps ils consacraient à chaque patient. C'est un groupe établi à Princeton qui a fait l'étude, et on a comparé les résultats obtenus au Québec avec ceux obtenus aux États-Unis. Il est assez intéressant de noter que le médecin moyen au Québec consacre plus de temps au patient moyen que son homologue américain.

Que nous ayons un problème croissant de roulement rapide des patients—je ne m'en préoccuperai pas.

Que nous ayons ou non trop de médecins, à mon avis, l'une des statistiques les plus importantes au sujet du régime de santé actuel, c'est qu'il y a eu une augmentation marquée du nombre de médecins au cours des 10 à 12 dernières années au Canada—une augmentation qui a largement dépassé ce qu'avait prévu la Commission Hall vers le milieu des années 60. Nous avons connu une augmentation énorme. Je crois que la tension dont nous sommes témoins dans le secteur hospitalier, les listes d'attente, ce genre de choses, provient en partie du fait que nous avons eu cette grande augmentation du nombre de médecins, alors que celle-ci n'a pas été suivie de la même augmentation des installations hospitalières. Ainsi, les médecins qui considèrent normalement l'hôpital comme leur atelier constatent que cet atelier est beaucoup plus achalandé parce qu'il y a beaucoup plus de médecins qui veulent utiliser l'équipement qui s'y trouve.

Avons-nous un trop grand nombre de médecins actuellement? Si vous demandez une étude scientifique sur laquelle fonder la réponse à cette question, il n'y en a pas. À mon avis, et je crois que c'est l'avis d'un grand nombre de personnes, comme vous le suggérez, nous avons probablement actuellement plus de médecins, d'une façon générale, qu'il nous en faut. Le problème réel se situe dans la répartition de la main-d'oeuvre que nous avons. Il nous faut probablement plus de médecins dans certaines spécialités, un plus grand nombre dans certaines régions géographiques que par le passé. C'est là où se situe notre problème de main-d'oeuvre.

Le vice-président: Monsieur Lang, c'était votre dernière question. Je regrette.

Monsieur Bradley.

M. Bradley: Merci, monsieur le président.

Docteur, je trouve votre rapport très intéressant. En fait, je trouve vos arguments très convaincants. J'accepte votre idée du retrait total; et je vous accorde automatiquement le bénéfice du doute, parce que lorsque j'étais à l'université, j'ai très rapidement appris que si l'on ne comprenait pas tout à fait ce que racontait le professeur, il fallait l'accepter sans question...

M. Soderstrom: C'est le contraire qu'il faut.

M. Bradley: ... parce que c'est là-dessus que portera l'examen. Je trouve cela très intéressant.

[Text]

Some points I am concerned about and do not totally understand. I only have one question that I would like maybe to pry some comments from you with. I am concerned about the alternatives, if we do either one for one, which you may very well be right in saying in some provinces is not going to work, or total withdrawal. Without extra-billing or user fees, I can see an increase in demand by the physicians for higher salaries, higher agreements, as they come due. I can see an increased patient load, either because the physicians are increasing their load to increase their salary or whatever deterrent there was to extra-billing is now gone and there will be an increased load because the patients are coming more often, as some arguments have been put forth. These all will lead, in my estimation, to an increased cost to the provinces, in one way or the other, possibly a physician exodus if these physicians are not granted what they demand, and/or assembly-line medicine, as my colleague is referring to.

What do the provinces do? Do they increase premiums that they have put forth, or do they go through increasing provincial taxes?

Extra-billing, as you have said, is unfair to all social groups, in reality. I might offer, as we have discussed many times, increased premiums, medicare premiums, such as in Ontario, may be unfair more to the lower-income groups in that scale than the higher. Rather than your argument being the effect on social groups, do you support an increased provincial taxation to cover the increased cost to the provinces or would you support increased federal funding to offset this cost to the provinces?

• 1645

Professor Soderstrom: My inclination would be to say that there should be an increase in provincial taxes to cover the additional costs on that.

As a federal taxpayer I would not be particularly keen on thinking that I should send my dollars to Alberta which does not have the sales tax we do in Quebec, for example, and which does not have the income tax rates. Poorer Quebec has handled the financial burden of not having extra billing in its province. I think there would be political backlash from some of the provinces such as Quebec if they thought their federal dollars were going to Alberta which is not carrying the same tax load that the Quebecers have been in this area. Everyone looks to Quebec as a place where extra billing does not exist; it is said to be a good thing, but Quebec has paid a price. I think the first medicare fee scale that was settled on was higher as a result of the ban on extra billing. We as Quebecers have been willing to pay the price for that because we think that is important.

Mr. Bradley: Could I just interject for a second? I do not want to interrupt your train of thought in your comment, but maybe to direct you in a couple of thoughts on that. We have

[Translation]

Certains points me préoccupent, et je ne les comprends pas tout à fait. Je n'ai qu'une question au sujet de laquelle j'aimerais entendre peut-être quelques-uns de vos commentaires. Je suis préoccupé par les options: le système un pour un qui peut fort bien, comme vous le dites à juste titre, ne pas fonctionner dans certaines provinces, ou le retrait total. Sans surfacturation ou frais modérateurs, je peux voir les médecins demander des honoraires accrus, des ententes plus avantageuses, à échéance. J'envisage que la charge augmentera, soit parce que les médecins augmenteront leur charge de patients afin d'augmenter leurs honoraires ou encore parce que l'effet dissuasif de la surfacturation aura disparu, et la charge de patients augmentera parce que les patients viendront plus souvent comme certains le prétendent. Tous ces facteurs entraîneront, à mon avis, une augmentation des coûts pour les provinces, d'une façon ou d'une autre, peut-être même l'exode des médecins s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils demandent, ou encore la médecine de masse, comme l'a mentionné mon collègue.

Que peuvent faire les provinces? Augmentent-elles les primes ou les impôts provinciaux?

La surfacturation, comme vous l'avez dit, est injuste à l'égard de tous les groupes sociaux en réalité. J'ajouterai même, comme nous en avons discuté de nombreuses fois, que l'augmentation des primes, des primes du régime de santé, comme en Ontario, peut être encore plus injuste pour les groupes à faible revenu que les groupes à revenu plus élevé. Au lieu de parler de l'effet sur les groupes sociaux, pourriez-vous me dire si vous êtes en faveur d'une augmentation des taxes provinciales correspondant à l'augmentation des frais encourus par les provinces ou d'une augmentation du financement fédéral?

M. Soderstrom: Ma préférence personnelle irait plutôt vers une augmentation des taxes provinciales.

En tant que contribuable fédéral, je ne verrais pas d'un oeil favorable le fait d'envoyer mes dollars de taxes en Alberta, alors que cette province n'impose pas, comme le Québec, de taxe de vente et que ses barèmes d'impôt sur le revenu ne sont pas du tout les mêmes que chez nous. Notre province, le Québec, plus pauvre que les autres, a assumé le fardeau financier causé par l'absence de surfacturation. Je crois qu'il ne serait pas sage du point de vue politique que les Québécois s'imaginent que l'argent de leurs taxes fédérales va à des provinces comme l'Alberta par exemple. Tout le monde sait que la surfacturation n'existe pas au Québec. On dit que c'est une bonne chose, mais il est certain que le Québec a dû payer le prix pour cela. Le premier barème d'honoraires de l'assurance-santé était plus élevé parce que la surfacturation était interdite. Nous avons payé le prix pour cela au Québec parce que nous avons pensé que c'était important.

M. Bradley: Pourrais-je interrompre un instant? Il faut bien se souvenir que l'Alberta et l'Ontario aident depuis toujours des provinces comme les Maritimes, etc., par le truchement de

[Texte]

to consider too that Alberta and Ontario have had a history, through taxation and federal funding, of assisting the Maritimes and other areas. Certainly in the past many provinces have assisted each other. I am not saying that if there was increased federal funding, that would not also apply to Quebec which would assist them in their program as well—under the same program and formula as in the past, but increased federal funding—but you are saying then that it should be totally provincial increases. As long as they are meeting the basic guidelines as set down by the federal government, the funding of it is totally their responsibility and should be done through their own personal taxation. Would that be income tax rather than sales tax?

Professor Soderstrom: There seem to be two things mixed in with your question. To deal with the added costs of doing away with extra billing per se, I would think my preference would be to see that the individual provinces bear that cost. I would prefer to see them handle it out of the general income tax, not through premiums, etc, because as you point out the premiums are regressive.

If, however, we think on top of what we are doing now, there is some additional need for federal dollars, for example because our population structure is changing and we are getting more old people who have greater needs for health and other social services, it may be time for the federal government to take some leadership in this area, to try to offer some additional funding in that area. Quebec then would benefit from some of those dollars. I certainly have no objection to doing that. The one provision I would make is that I would make the availability of those dollars conditional on the elimination of extra billing and hospital user charges. But I would not want to see Quebecers . . . Yes, I am stopping.

Mr. Bradley: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Bradley.

Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I think the only question I have has to do with accounting of the funds that are directed to the provinces. I get a little bit discouraged when I hear an economist say there are no statistics on such and such statements. I am at a loss to know how each province uses its money that it acquires. First of all the direct cash transfer and then the tax transfers—how much of that money is really paid for doctors' fees? How much of it is paid for the hospitals? I think the physician should know that, so that when they are working out their fee schedule they will know what their limits are. At the hospital we should know exactly how the money is being spent by the hospitals. Is this money that is handed to the provinces actually spent on medicare or is it spent for other purposes?

• 1650

Under the act—and this type of information just seems not to be available. We appear to be in the dark most of the time, and guessing, and have impressions rather than actual facts. If we had access to accurate information, each province would know how to deal with the medical profession, with the

[Traduction]

l'imposition et du financement fédéral. Il est certain que, dans le passé, les provinces se sont entraînées. Je ne peux pas dire que, s'il y avait une augmentation du financement fédéral, cela ne s'appliquerait pas également au Québec; cependant, vous parlez maintenant d'augmentation uniquement provinciale. Est-ce que ces fonds devraient provenir de l'impôt sur le revenu ou de la taxe de vente?

M. Soderstrom: Votre question comprend deux autres points. Personnellement, si l'on veut régler cette question de la surfacturation, je préférerais que ce soit les provinces qui en assument le coût par le truchement de l'impôt sur le revenu et non en imposant des primes, qui, comme vous l'avez dit, seraient régressives.

Cependant, si nous estimons que le financement fédéral devrait être augmenté, par exemple, parce que la structure démographique est en train de changer et que les besoins des personnes âgées en matière de soins et autres services sociaux sont plus grands, ce serait peut-être alors au gouvernement fédéral de prendre l'initiative en ce domaine. Le Québec bénéficierait de cette augmentation, et je ne m'y opposerais certainement pas. Cependant, j'insisterais pour que ces fonds supplémentaires aillent de pair avec l'élimination de la surfacturation et des tickets modérateurs par les hôpitaux.

M. Bradley: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Bradley.

Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: La seule question que je voudrais poser porte sur la comptabilité des fonds destinés aux provinces. Je suis quelque peu découragé lorsque j'entends un économiste dire qu'il n'existe pas de chiffres portant sur telle ou telle question. Personnellement, j'aimerais savoir comment chaque province dépense les fonds qu'elle reçoit. Ainsi, dans le cas de transfert direct de fonds et dans le cas des transferts d'impôt, quelle partie de cet argent va aux médecins et quelle autre aux hôpitaux? Les médecins devraient le savoir pour pouvoir établir leurs honoraires et connaître leurs limites. Dans les hôpitaux, nous devrions savoir exactement comment les fonds sont dépensés, pour l'assurance-santé ou à d'autres fins.

Nous n'avons pas ce genre de renseignement précis, nous sommes dans le noir la plupart du temps, nous nous basons sur des impressions et non sur des faits. Si nous avions accès à des renseignements précis, chaque province saurait comment traiter la profession médicale, les associations hospitalières, etc., car elle saurait quels sont les fonds provenant de l'impôt.

[Text]

hospital associations, and it would know what the taxation would be.

Secondly, I think the money allotted to medicare should be widely publicized. Every person should know what proportion of their tax goes for medicare and for medical attention, so you do not get the impression that this is free service. In my own limited research in that field I just have not been able to get a proper study of disbursements of fees, to know whether the provinces are being underfunded; whether the taxation is completely inadequate.

That is the only question I have. I wonder if you could clarify the techniques of how this information could be brought to the surface and could be made available both to the medical profession and to the public at large.

Prof. Soderstrom: Your question raises two issues. One is the availability of information on expenditures across the land; and two, the question is how do I identify what the federal government is doing relative to the provinces. In a federal forum I think it is important to recognize that one of the very useful things that the federal government could be doing in the health field is providing a lot more information, a lot more up-to-date information, on what is happening on the expenditure side in the various provinces to facilitate comparisons.

An example of the problem we have right now is we are debating extra-billing by physicians, the question of whether physicians' incomes are adequate, when we do not have up-to-date information on physicians' incomes. The data we have are two or three years old. There is a need, I think, for the federal government to look again, closely, at the kind of information it is collecting and making available to the public on the functioning of the health systems across the land.

On your problem, you run into some very tough accounting problems—they are not even economic problems per se—in how you decide what share of the cost the federal government is financing. The parliamentary committee that looked into cost-sharing arrangements two years ago—Mr. Breau's committee . . . provided a whole list of problems that you run into when you try to decide whether a particular dollar is coming from the federal government or from the provinces. It gets to be almost an impossible accounting nightmare to sort out.

Certainly a number of economists have looked into the issue. The reports—as I recall, one study at least that has been done and published in the economic literature suggests that there has not been a major change in the balance in spending between the provinces and the federal government, in the 1970s at least.

Mr. Hudecki: Do you not feel there are some economic tools by which—can you as an economist not help us sort that out? Otherwise we are working in the dark. We are constantly arguing about the relative costs and contributions, and I would think if any body of professionals, the economists should

[Translation]

Deuxièmement, je crois qu'il faudrait que les fonds réservés à l'assurance-santé soient connus publiquement, en d'autres termes, chaque citoyen devrait savoir quelle partie de ses taxes est consacrée à l'assurance-santé. De cette façon, les contribuables ne s'imagineraient pas qu'il s'agit d'un service gratuit. J'ai fait quelques recherches dans ce domaine et je n'ai pas pu trouver une seule étude portant sur l'allocation des fonds qui me satisfasse. Je n'ai pu me rendre compte si les provinces souffraient d'un sous-financement, si l'imposition était tout à fait inadéquate.

C'est la seule question que j'ai. Comment pourrait-on s'y prendre à votre avis pour que ce genre de renseignement soit connu à la fois de la profession médicale et du grand public.

M. Soderstrom: Vous soulevez ici deux questions: d'abord, celle de la divulgation des renseignements en matière de dépenses, deuxièmement, l'identification précise de la répartition des fonds fédéral et provinciaux. Une des choses très utiles que le gouvernement fédéral pourrait faire dans le domaine de la santé serait de donner plus de renseignements à jour au sujet des sommes dépensées dans les différentes provinces dans ce domaine. Cela faciliterait grandement les comparaisons.

À l'heure actuelle, nous débattons la question de la surfacturation par la profession médicale, nous étudions la question de savoir si le revenu des médecins est suffisant alors que nous n'avons pas de renseignements à jour sur cette question. Nous avons des données qui remontent à deux ou trois ans. Le gouvernement fédéral devrait donc réétudier toutes les informations qu'il obtient au sujet du fonctionnement de l'assurance-santé dans les différentes provinces; il devrait mettre ces renseignements à la disposition du grand public.

C'est une question très épineuse que de démêler la part du gouvernement fédéral et des provinces dans le financement. Je ne veux pas parler de problèmes purement économiques, mais de problèmes de comptabilité pure et simple. Le Comité parlementaire qui a étudié les ententes de partage de fonds il y a deux ans, le Comité de M. Breau, a donné la liste de tous les problèmes qui surgissent lorsque l'on veut déterminer la part des contributions des gouvernements fédéral et provinciaux. En fait, il s'agit presque d'un véritable cauchemar en matière de comptabilité.

Certains économistes ont étudié cette question. Une étude publiée dans les milieux économiques suggère qu'il n'y a pas eu de changement important dans la répartition des dépenses entre les provinces et le gouvernement fédéral du moins au cours des années 70.

M. Hudecki: N'existe-t-il pas des outils économétriques qui nous permettraient d'avoir une meilleure emprise sur toute cette question, sans quoi nous travaillons dans le noir. Nous parlons constamment des coûts et contributions relatifs et je pense que les économistes devraient pouvoir nous éclairer.

[Texte]

provide us with those figures . . . change the system around in such a way that we do understand it.

As I know, in one of the regulations that is coming forth the provinces will have to submit returns. Do you feel that will be adequate? I have not had a chance to study it. Have you had a chance to study whether or not it will answer those particular issues?

Prof. Soderstrom: If the federal government can collect and make more information available, I think that would be beneficial. Some of the problems you run into in trying to resolve the federal-provincial quagmire on who is paying which dollar are how do you decide to treat things like the revenue guarantee that existed; how do you deal with some of the rather arbitrary ways in which—under the new cost-sharing arrangements the federal dollars are channelled to the provinces—how they are split.

• 1655

Maybe from the federal point of view the much more important question to look at is what is happening to the overall performance of the health system. Instead of trying to worry whether it is 46% or 52% that the feds are paying, we are better off looking at how this overall system is performing, recognizing that the federal government has historically played an important leadership role and now is continuing to provide an important source of funding. I do not think anyone denies that. On that basis, then, what we are looking at is how the system is forming. We see at the present time that we have a serious problem with extra-billing and a growing problem with hospital user charges. It is time for the federal government to try to do something to deal with those problems. From the point of view of making the health system run well, that is a much more pertinent question than getting down into some of these insoluble accounting problems.

Mr. Hudecki: I do not agree with that. How are you going to be able to deal and negotiate with doctors to have a feeling to compensate for what they feel—their perception is that they are being inadequately paid, and how are you going to deal with their perception if you do not even know how much they are being paid and where their money is going and where the money is?

You forgot to mention whether you think the regulation will be adequate.

Prof. Soderstrom: I am saying whatever emerges from the regulations, if it does provide for an increased flow of information, certainly would be beneficial. But I think from a province, in negotiating with its medical profession . . . the province has a pretty good idea what dollars it is going to get from the federal government, as well as what it is getting from its own sources. It knows its fiscal position.

Mr. Hudecki: Do you know whether it is spending it? Do you know whether the provinces are spending the money they are getting from the federal government and money set aside for medical purposes?

[Traduction]

D'ailleurs, un des règlements prévoit que les provinces devront soumettre des déclarations financières. Estimez-vous que cela suffira? Je n'ai pas encore eu la possibilité d'étudier cette question, mais si vous l'avez eue, croyez-vous que cela suffira?

M. Soderstrom: Il serait bon que le gouvernement fédéral obtienne et divulgue plus de renseignements. Quand on essaye de démêler la question des contributions respectives des deux paliers de gouvernements, on se retrouve devant d'autres questions comme celle de la garantie des revenus et de la façon arbitraire dont se fait la répartition.

Du point de vue fédéral, la question la plus importante à étudier est sans doute celle de la performance générale du système de soins de santé. Plutôt que de savoir si le gouvernement fédéral contribue 46 ou 52 p. 100, il conviendrait d'étudier la performance générale du système, en tenant compte du fait que le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle de leadership et continue à fournir une source importante de financement. Personne ne le nie. Nous remarquons, à l'heure actuelle, un problème sérieux en matière de surfacturation et un problème grandissant en ce qui concerne les tickets modérateurs imposés par les hôpitaux. Il est temps que le gouvernement fédéral essaie de faire quelque chose pour régler ces problèmes. Mieux vaut donc étudier la performance du système que s'empêtrer dans des questions insolubles de comptabilité.

M. Hudecki: Je ne suis pas d'accord avec vous. Comment pourra-t-on négocier avec les médecins qui, eux, pensent qu'ils ne sont pas suffisamment payés? Comment régler cette question quand on ne sait même pas quels honoraires ils touchent, d'où provient l'argent, et cetera?

Vous n'avez pas dit si, à votre avis, le règlement serait adéquat.

M. Soderstrom: Quels que soient les règlements, s'ils permettent d'obtenir plus de renseignements sur le système, ils auront un rôle positif. Il faut que, lorsque les provinces négocient avec la profession médicale, elles savent très bien quelle sera la part de financement qu'elles obtiendront du gouvernement fédéral et quelle sera leur propre contribution. Les provinces connaissent quelle est leur position au point de vue fiscal.

M. Hudecki: Savez-vous si elles dépensent tout cet argent? Savez-vous si elles le dépensent à des fins médicales?

[Text]

Prof. Soderstrom: All provinces, to my knowledge, are spending more money on health services than they are getting from the federal government.

Mr. Hudecki: Well, they are expected to. What percentage are they contributing from their own taxes?

Prof. Soderstrom: That is the problem. It is an accounting problem; you run into accounting problems in trying to sort that one out.

The Chairman: Thank you, Doctor.

I would like to announce, as some of you know, and as the opposition critics have agreed to, we are going to have our meetings tomorrow at 9:00 and 10:00 o'clock rather than at 9:30 and 11:00, to free us up for the speeches in the House of Commons by the leaders after 11:00 o'clock tomorrow morning. So the meetings are going to be at 9:00 o'clock and 10:00 o'clock in this room tomorrow morning.

I would also, if possible, like to have the steering committee stay at the end for just about five minutes to meet with Mildred Morton, from the Parliamentary Library, who is our researcher, to give her a bit of instructions as to what to do.

We are getting towards 5:00 o'clock now. I will carry on with Dr. Foster, and then we will have a short second round with those who want it.

Mr. Foster: Mr. Chairman, I just wanted to review with Dr. Soderstrom his theory that the \$1 penalty is not adequate to result in the removal of extra-billing. I would like to examine it from the Ontario point of view. It is my understanding that the estimates are that there is something like \$50 million worth of extra-billing in Ontario at the present time. I would assume if that is the case and that can be identified, that would mean a reduction in the amount of payments by the federal government to Ontario of approximately \$50 million a year, and this would build up each year during this three-year period. It seems to me if Ontario were to outlaw extra-billing or make an arrangement like that of B.C. or Quebec where there was no extra-billing, in fact if we work on a 50% basis the province would be eligible not only not to lose that \$50 million from extra-billing but it would become eligible for an additional—if the federal government in fact is paying 50%, it would become eligible for an extra \$25 million in revenues.

Prof. Soderstrom: What is the 50%?

• 1700

Mr. Foster: The Department of National Health and Welfare indicate they pay about 50% of medicare costs, doctors fees and hospital services.

Prof. Soderstrom: Okay.

Mr. Foster: Working on those figures—and I suppose we do not know whether they are accurate, but those seem to be the figures that are bandied around—if you have an amount of that \$75 million building up each year, it seems to me the provinces would be under very serious political pressure in their legislatures. Every day, the opposition parties would be saying, whenever they could not provide some medical service:

[Translation]

M. Soderstrom: Toutes les provinces, à ma connaissance, dépensent plus d'argent pour les services de soins de santé qu'elles n'en obtiennent du gouvernement fédéral.

M. Hudecki: C'est normal. Quel est le pourcentage qui provient de leurs propres taxes?

M. Soderstrom: C'est là que le bât blesse. C'est un problème de comptabilité.

Le président: Merci, docteur.

Comme vous le savez, les critiques de l'opposition sont d'accord pour que nous ayons des réunions, demain, à 9 heures et 10 heures, plutôt qu'à 9h30 et 11 heures, ce qui nous permettra d'assister aux discours qui seront prononcés à la Chambre des communes par les chefs des partis à partir de 11 heures, demain. Les réunions auront donc lieu à 9 heures et 10 heures, dans cette salle, demain matin.

J'aimerais également que les membres du comité de direction restent dans cette pièce pendant cinq minutes, pour rencontrer Mildred Morton, notre recherchiste de la Bibliothèque du Parlement, afin de pouvoir lui donner des instructions.

Il est presque 17 heures maintenant. Je donnerai la parole à M. Foster, après quoi nous aurons un bref deuxième tour pour ceux qui le désirent.

M. Foster: Monsieur le président, j'aimerais parler avec M. Soderstrom de sa théorie selon laquelle cette pénalisation de 1\$ n'est pas suffisante pour permettre la suppression de la surfacturation. J'aimerais étudier cette question du point de vue de l'Ontario. Si je comprends bien, on estime à 50 millions de dollars le montant total de la surfacturation en Ontario à l'heure actuelle. Si tel est le cas, cela signifierait que le gouvernement fédéral pourrait réduire le montant de ses paiements à l'Ontario de l'ordre de 50 millions de dollars par année, et ceci pendant cette période de trois ans. Il me semble que si l'Ontario interdisait la surfacturation ou prenait des dispositions comme celles qui ont été prises par la Colombie-Britannique ou le Québec, où il n'existe pas de surfacturation, la province ne perdrait alors plus ces 50 millions de dollars en frais de surfacturation, mais elle pourrait obtenir 25 millions de dollars supplémentaires du gouvernement fédéral, qui verserait alors 50 p. 100.

M. Soderstrom: Cinquante p. 100 de quoi?

M. Foster: Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social indique qu'il défraie environ 50 p. 100 des coûts de l'assurance-santé, des honoraires de médecins et des services hospitaliers.

M. Soderstrom: D'accord.

M. Foster: Partant de ces chiffres—et j'imagine que nous ne sommes pas certains de leur exactitude, mais ce sont tout de même ceux que l'on entend le plus souvent—si une proportion de ces 75 millions de dollars s'accumule chaque année, il me semble que les provinces risquent de subir des pressions politiques très graves dans leurs législatures. Chaque jour, les partis d'opposition doivent dire chaque fois que des services

[Texte]

Well, why do you not outlaw extra-billing and call down this additional funding that is available from the federal government? Of course, each year that went on towards the three-year period, you would have that much bigger kitty, or funds in escrow, held by the federal department. It just seems to me there would be very strong political pressure on the provincial governments to take advantage of those additional federal government moneys, let alone the concern of the citizens of the province that they were having to pay personally for some service that was being provided in Quebec or British Columbia.

I am just wondering how you see this penalty's being so small or so trivial that the provinces would not feel it or would not feel it was enough to want to forgo it.

Prof. Soderstrom: Yes. As I indicated in the paper, this is probably the one place in the Act that is going in the direction of giving it some teeth.

The problem, though, is that it is a one-shot thing. You accumulate for three years. In your Ontario example, there would be a fund of \$150 million there which the province would get at the end of the three-year period if it banned extra-billing. That certainly has obvious financial attraction; there is no question about that.

All I am saying, in thinking about that, though, is that the province has to weigh against that the cost implications of eliminating over-billing, these cost implications which will go on year after year after year. Ontario may have to pay higher fees, for example, when they ban extra-billing. Whether that one-time \$150 million is enough to make banning attractive in light of the additional cost implications that are there, I do not know.

Mr. Foster: But are they not going to get more money, too, if they are spending more from the public purse to provide these services?

Mr. Epp: No, it is block funding.

Prof. Soderstrom: Yes, it is block funding. The only thing the three-year does is take that \$50 million and build it up for three years. Your tax penalty for the first three years can be returned without interest at the end of the third year if you ban extra-billing. That is all there is there.

Mr. Foster: But even under the block funding system we have had since 1977, in provinces like British Columbia or Quebec where you are providing a more complete service, do those provinces end up with a higher percentage of assistance? I know the assistance is not exactly 50%. In some provinces it is much higher. In some provinces it is higher than 50%, and in some it is lower.

Prof. Soderstrom: Under the present arrangements, every province essentially gets the same amount of money per capita from the federal government.

[Traduction]

médicaux ne sont pas assurés: eh bien, pourquoi ne pas interdire la surfacturation et utiliser ce financement supplémentaire que le gouvernement fédéral est prêt à nous verser? Evidemment, avec chaque année qui passe, pendant cette période de trois ans, la tirelire grossirait, cette retenue de garantie détenue par le ministère fédéral. En effet, il me semble que dans ces conditions, les gouvernements provinciaux subiraient de très fortes pressions politiques pour les convaincre de profiter de ces sommes supplémentaires que le gouvernement fédéral mettrait à leur disposition, pour ne pas parler des frustrations des citoyens de la province qui auraient le sentiment de payer personnellement des services assurés au Québec ou en Colombie-Britannique.

Je ne comprends pas comment pour vous cette pénalité pourrait être si minime, si négligeable que les provinces pourraient se permettre de l'ignorer.

M. Soderstrom: Oui. Comme je l'ai dit dans mon exposé, c'est probablement une des dispositions de la loi qui est la plus convaincante.

Toutefois, le problème, c'est que cela reste une mesure unique. On accumule des fonds pendant trois ans. Dans l'exemple que vous donnez en Ontario, cela ferait 150 millions de dollars que la province pourrait toucher à la fin des trois ans si elle décidait d'interdire la surfacturation. Evidemment, c'est assez séduisant du point de vue financier, cela ne fait pas de doute.

Mais en y réfléchissant, il me semble que la province doit tenir compte également des implications financières de la suppression de la surfacturation. Et ces implications existeront toujours après la période de trois ans. Par exemple, l'Ontario peut être forcée de payer des honoraires plus élevés une fois la surfacturation interdite. Je ne sais pas si cette somme globale de 150 millions de dollars suffira à compenser les coûts supplémentaires qui interviendront par la suite.

M. Foster: Mais est-ce qu'ils n'auront pas plus d'argent également s'ils puisent plus libéralement à même la bourse publique pour assurer ces services?

M. Epp: Non, c'est un financement global.

M. Soderstrom: Oui, c'est le principe du financement global. La seule chose qui se produise c'est qu'on prend ces 50 millions et qu'on les accumule pendant trois ans. Votre pénalité fiscale pour les trois premières années peut être remboursée sans intérêt à la fin de la troisième année si vous interdisez la surfacturation. C'est la seule chose qui soit prévue.

M. Foster: Mais même avec le système de financement global que nous avons depuis 1977, dans des provinces comme la Colombie-Britannique ou le Québec où les services assurés sont plus complets, est-ce que le pourcentage d'assistance finit par être plus élevé? Je sais que l'assistance ne s'élève pas exactement à 50 p. 100. Dans certaines provinces, c'est bien plus élevé. Dans certaines provinces c'est plus élevé que 50 p. 100 et dans d'autres, c'est moins élevé.

M. Soderstrom: Avec les arrangements actuels, chaque province reçoit du gouvernement fédéral approximativement la même somme par habitant.

[Text]

Mr. Foster: Yes. So the penalty really is the main feature.

Prof. Soderstrom: It is the penalty. It is just the \$50 million that accumulates for three years.

• 1705

Mr. Epp: In Ontario's case.

Prof. Soderstrom: We are talking just about Ontario.

The Chairman: Order, please. Your time has expired, Dr. Foster. I will go to Mr. Epp and then perhaps we can have a fairly brief second round, if that is all right with the committee.

Mr. Epp: I will try to be brief, Mr. Chairman. Professor, when I look at the Canada Health Act and I look at this whole debate that we are having, I do not see it so much in dollars, even though Mr. Blaikie might like to accuse us of that. I see it much more in terms of psychology, I see it much more in terms of how people who are in the health care system see themselves operating within that system as professionals trying to do a service, giving the best service their experience and competence and training allow them to, and yet working within a system that is virtually universally accepted by Canadians as funded through the public purse. I guess that is really what we are dealing with.

What I found interesting, again, is on page 10. My colleague, Dr. Halliday, raised this first. It has been bothering me for some time. It appears to me that when we talk about defensive medicine, which is what you are really talking about on page 10, there is an inherent or underlying attitude that doctors, if they do not get the deal they want, will manipulate the system to get the deal they feel they deserve. I want to give you examples of that. In your brief, on page 10, you mention that there were significant changes, shifts, in Quebec when extra-billing was banned through legislation. In British Columbia, I do not know if we have the same comparisons, because that was an agreement between the province and the doctors. Let us just stay with the Quebec example and use it as a possible model for us in the rest of Canada. My problem, Professor, is this: I do not see doctors, or for that matter other health care professionals or Canadians, as waiting there somehow to rip off or use the system. I am not saying that there are not such individuals, but I do not believe we can give that kind of blanket condemnation to the medical profession, to nurses—because nurses want to have fee for service, they want first-time entry—because then the argument could be made against them as well, I am sure, and I just do not think that is right.

My real question is, how do we address the question of defensive medicine, which you have outlined and which you give evidence happened in Quebec? How do we address the question of the professional in the system who is competent, who is trained, who is experienced, who knows the system better—with all respect—maybe than you and I do, who

[Translation]

M. Foster: Oui. Par conséquent, la pénalité est le principal facteur.

M. Soderstrom: La pénalité. Ce sont ces 50 millions qui s'accumulent pendant trois ans.

M. Epp: Dans le cas de l'Ontario.

M. Soderstrom: Nous ne parlons que de l'Ontario.

Le président: À l'ordre, je vous en prie. Docteur Foster, votre temps est écoulé. Je vais maintenant donner la parole à M. Epp puis nous aurons un second tour très court, si vous n'y voyez pas d'objection.

M. Epp: Monsieur le président, je vais essayer d'être bref. Professeur, lorsque je lis la Loi canadienne sur la santé, lorsque j'écoute tout ce débat que nous avons actuellement, je ne vois pas tant la situation du point de vue des dollars—même si M. Blaikie aimerait bien nous en accuser—mais plutôt du point de vue psychologique, et j'ai plutôt tendance à penser à la façon dont les spécialistes de la santé perçoivent leur rôle dans le système, en tant que professionnels qui essaient d'assurer un service, au mieux de leur expérience et de leur compétence. Pendant ce temps, ils travaillent dans un système dont le financement public est pris pour acquis par virtuellement toute la population canadienne. En fait, je pense que c'est le cœur de la question.

Il y a une chose qui m'a paru intéressante à la page 10. Mon collègue, le docteur Halliday a été le premier à en parler. C'est un point qui m'intrigue depuis un certain temps. Il me semble que lorsque nous parlons de médecine, comme vous le faites à la page 10, nous prenons pour acquis que les médecins s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent se débrouilleront pour manipuler le système et obtenir les conditions qu'ils méritent. Je vais vous donner des exemples. À la page 10 de votre mémoire vous parlez d'une évolution importante qui s'est produite lorsque le Québec a décidé d'interdire la surfacturation. Je ne sais pas si on peut faire les mêmes comparaisons en Colombie-Britannique puisque dans cette province-là un accord a été signé avec les médecins. Mais, pour l'instant, ne prenons que le Québec et faisons-en un modèle pour le reste du Canada. Professeur, voilà mon problème. Je vois mal comment on pourrait accuser les médecins, et les autres spécialistes de la santé ou même les Canadiens, d'attendre une occasion d'abuser du système. Je ne prétends pas qu'il n'y ait pas de cas particulier, mais je suis convaincu que nous ne pouvons pas condamner en bloc toute la profession médicale, les infirmières—parce que les infirmières veulent des honoraires pour leurs services, elles veulent assurer le premier contact avec les patients parce que dans ces conditions, l'argument pourrait être retourné contre elles et cela ne me semble tout simplement pas juste.

Ce que je me demande, c'est comment nous devons poser la question de la médecine défensive dont vous avez parlé, et qui, d'après vous, existe déjà au Québec? Comment poser la question du professionnel qui est compétent, qui a une formation et une expérience suffisante, qui connaît mieux le système—et je ne le dis pas par manque de respect—que vous

[Texte]

knows what the system needs? How do we mesh the public interest with the professional reality?

Prof. Soderstrom: Good question. I think one of the tragedies in this whole extra-billing debate has been, shall we say, a hardening of the arteries between government and the medical profession. I think that is dangerous for the health of the medicare program. One of the things I have tried to do in recent years has been to speak out and say that we cannot look at the health system in terms of cowboys and Indians; that is dangerous.

I think one of the things I am concerned about with this Canada Health Act, as presently drafted, is that it puts pressure on the provinces, in fact, to screw the physician. With the dollar-for-dollar scheme, the province is only going to save money on the tax scheme if they ban extra-billing, if they reduce physicians' incomes. I think that is unfortunate. That is a direct result of the dollar-for-dollar scheme; it is not true with other arrangements. I have been very concerned that the legislation has been drafted without giving adequate thought to the implications that it can have in relation to the attitudes of the medical profession towards the system. I think there are a variety of places where we can run into trouble if we do not worry about those relationships. I think you have to treat the medical profession fairly, and in a way they perceive to be fair as well.

• 1710

You run into the kinds of things that we see with the Quebec data. The the physicians—you call it defensive medicine—will be inclined, let us say, to work more in order to protect their incomes. That can be expensive because when they work more they try to get more patients into the hospital, and that runs up hospital bills, and that means that the taxpayer pays more. That is expensive. It means that the patient goes into the hospital more and hospitals can be dangerous for your health. It takes patients time as well. That is dangerous.

Second, though, there are a lot of things that need to be done to the health system to improve the delivery system, to facilitate better access, to facilitate a more efficient system. It is going to require some co-operation with the doctors. I do not think the doctors are going to be overly enthusiastic about some of the things that need to be done; but I would not burn political capital unwisely, and I think one of the problems with the way this legislation has been dealt with is that there is that quality to it. The dollar-for-dollar tax scheme has a financial attraction if, and only if, a province is willing to reduce the incomes of some of the medical profession.

One other example with the way in which extra billing has worked to affect the medical profession: Not every doctor extra bills; it is certain doctors in terms of their market position, in terms of their own inclinations. But, as I look at the system, to take a very concrete example, it continues to be said, probably rightly so, that we need more physicians in

[Traduction]

ou moi, bref, qui sait ce dont le système a besoin? Comment faisons-nous pour concilier l'intérêt public et la réalité professionnelle?

M. Soderstrom: Bonne question. Une des grandes tragédies de cette discussion sur la surfacturation, c'est que les artères qui relient le gouvernement et la profession médicale se sont durcies, si l'on peut dire. À mon avis, c'est dangereux pour la santé du programme d'assurance-maladie. Une des choses que nous avons essayé de faire ces dernières années, c'est de manifester notre opinion, d'annoncer que nous ne pouvons pas considérer le système de santé comme une lutte entre des cowboys et des Indiens: Cela, c'est dangereux.

Une des choses qui m'inquiète dans cette Loi canadienne sur la santé, telle qu'elle est rédigée actuellement, c'est qu'elle impose des pressions aux provinces, qu'elle les oblige à pressurer le médecin. Avec le système dollar pour dollar, la province ne réussira à économiser de l'argent qu'en interdisant la surfacturation, en faisant diminuer les revenus des médecins. Cela me semble regrettable. C'est le résultat direct du système dollar pour dollar, et cela ne vaut pas pour les autres types d'arrangements. Ce que je crains, c'est qu'on ait rédigé ce projet de loi sans réfléchir suffisamment aux implications qu'il pourrait avoir sur les attitudes de la profession médicale vis-à-vis du système. Nous risquons des ennuis dans de nombreux domaines si nous ne nous inquiétons pas de ces relations. Je pense qu'il faut traiter la profession médicale avec équité, et la traiter d'une façon qui lui apparaisse équitable.

Prenez les situations qui font surface dans les données qui viennent du Québec. Vous appelez cela de la médecine préventive; les médecins auront tendance à travailler plus pour protéger leurs revenus. Cela peut s'avérer très onéreux, parce que lorsqu'ils travaillent plus, ils essaient de faire admettre plus de patients dans les hôpitaux, cela fait augmenter les factures d'hôpital, et les contribuables en sont de leurs poches. Ça, ça coûte cher. Autrement dit, il y a plus de patients dans les hôpitaux, et les hôpitaux peuvent être mauvais pour la santé. Sans compter que cela fait perdre du temps aux patients. C'est dangereux.

Cela dit, il y a un deuxième aspect; il y a beaucoup à faire pour améliorer les rouages du système de santé, pour assurer un meilleur accès, pour rendre le système plus efficace. Pour y parvenir, nous aurons besoin de la coopération des médecins. Or, il y a certaines mesures qui sont nécessaires, mais qui risquent de ne pas être très populaires parmi les médecins. Raison de plus pour ne pas brûler du capital politique inutilement. Or, un des problèmes de cette législation, c'est qu'elle a cette caractéristique. Le système dollar pour dollar semble financièrement attrayant si, et seulement si, une province est prête à faire baisser les revenus d'une partie des médecins.

Quant à l'autre aspect, la façon dont la surfacturation a affecté la profession médicale: les médecins ne font pas tous de la surfacturation; ce sont seulement certains médecins, qui sont motivés par la situation qu'ils occupent sur le marché, par leurs propres préférences. Mais quand je considère le système, pour vous donner un exemple très concret, on continue à dire,

[Text]

primary care. What we should be doing, then, is trying to make primary care a relatively more attractive specialty. The specialties we are talking about are general practice, family practice, pediatrics, internal medicine.

One of the ways you can make these areas more attractive is by raising the fees these doctors get, effectively raising their income. But extra billing has had a counter-productive effect in that regard because it is not the physicians in the primary care specialties who do the extra billing by and large; it is physicians in some of the more exotic specialties. In Alberta you have 90% of the ophthalmologists and the ear, nose and throat specialists doing some extra billing. They are in a particular situation where they can do it. It is not the general practitioner, the internist.

So I think even within the medical profession itself extra billing creates some rather perverse incentives. We may say that it is the senior, more distinguished specialists who should get higher incomes relative to the physicians who start, that that is an equitable way to structure physicians' incomes. Extra billing does not do that. There is no guarantee that the senior, more experienced people get the higher incomes as a result of extra billing. So the extra billing itself has perverse effects in terms of some of your concerns.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I want to thank our witness for that answer.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I think there are two ways of describing the kind of pressure that this Act could put on the provinces in a purely financial sense. I think we ought not to discount the symbolic or the political pressure that a perceived national consensus against extra billing and user fees might have on the political process within each province. However, leaving that aside for a minute—it is up to opposition parties who are against the extra billing in those various provinces to do with it what they might . . . in terms of the actual financial pressure you can say that the pressure is on the provinces to screw the doctors, or you could say the pressure is on the provinces to reform the health care system within their particular provinces.

It seems to me the root of a lot of the problems we have is the entrepreneurial view of medicine which we have lodged within the body politic of medicare so that no matter what you do, whether you have no extra billing or you allow extra billing or you put a squeeze on fees, there is this locus of freedom at the bottom of the system, what some would call professional freedom. I would call it freedom to manipulate the market place at the bottom of the system where doctors can compensate for whatever regulations. I mean, it is one of the facts of life that regulations are something people can get around.

[Translation]

et probablement à juste raison, que nous avons besoin d'un plus grand nombre de médecins généralistes. Dans ces conditions, nous devrions essayer de rendre la médecine générale plus attrayante. Les spécialités qui sont en cause, ce sont la médecine générale, la médecine familiale, la pédiatrie et la médecine interne.

Une des façons de rendre ces spécialités plus attrayantes, c'est de relever les honoraires de ces médecins, d'augmenter leurs revenus, en fait. Mais la surfacturation est inefficace à cet égard, car dans la très grande majorité des cas, ce ne sont pas les généralistes qui font de la surfacturation. Ce sont les médecins qui ont des spécialités plus exotiques. En Alberta, 90 p. 100 des ophtalmologues et des oto-rhino-laryngologistes font de la surfacturation. Ils occupent une position qui leur permet de le faire. Ce ne sont pas les généralistes, ni les internes.

Je pense donc que, même à l'intérieur de la profession médicale, la surfacturation crée des encouragements qui sont nuisibles. On pourrait dire que ce sont les spécialistes qui sont établis depuis le plus longtemps, les spécialistes les plus distingués, qui ont droit à un revenu plus élevé que les médecins qui commencent; on peut prétendre que c'est un moyen équitable de répartir les revenus des médecins. Or, la surfacturation n'a pas cet effet-là. Elle ne garantit en rien que les médecins les plus expérimentés seront les mieux rémunérés grâce au système de la surfacturation. Ainsi, la surfacturation a, en soi, des effets néfastes et va à l'encontre de certaines de vos préoccupations.

M. Epp: Monsieur le président, je tiens à remercier notre témoin pour cette réponse.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, il y a deux façons d'expliquer les pressions que cette loi pourrait exercer sur les provinces, du point de vue purement financier. Je pense qu'il ne faut pas ignorer les pressions symboliques ou politiques de l'opinion publique contre la surfacturation et les frais modérateurs sur le processus politique de chaque province. Toutefois, écartons un instant cette considération, après tout, ce sont les partis d'opposition qui sont contre la surfacturation dans ces différentes provinces qui doivent faire leur possible pour s'en débarrasser, on peut considérer que les pressions exercées sur les provinces les forcent à pressurer les médecins, ou bien encore, on peut dire que les pressions exercées sur les provinces les forcent à réformer leur système de santé respectif.

Il me semble qu'à la racine d'un grand nombre de problèmes, nous avons le fait que la médecine est considérée par le système politique qui régit l'assurance-santé comme une entreprise privée. Partant de là, peu importe ce que vous ferez, que vous autorisiez la surfacturation ou que vous l'interdisiez, que vous diminuiez les honoraires ou pas, vous aurez toujours ce noyau de liberté à la base du système, ce que certains appelleront la liberté professionnelle. Moi, j'appellerais cela la liberté de manipuler le marché tout au bas de l'échelle, les médecins ayant ainsi le loisir de battre en brèche les règlements, quels qu'ils soient. Écoutez, il est communément admis qu'un règlement peut toujours être contourné.

[Texte]

• 1715

In this case in Quebec, as you pointed out, people are able to offset the fact that their income expectations are not being met by seeing more patients. I am happy to see this being discussed as if it is a fact of life now, because I can recall a couple of years ago, when I suggested to the Saskatchewan medical association in Regina that this is what happens, that doctors either consciously or unconsciously manipulate the marketplace; they generate demand when it is to their advantage to do so.

It is not all just a question of practising defensive medicine by having tests in order to be able to say that you took all the necessary precautions should something turn out badly, it is also a question of doctors having this freedom within the system to circumvent almost any scheme we could devise to keep down those health care costs that are being generated by doctors themselves. It seems to me this is one of the great ironies in the attention the Canadian Medical Association pays to the high cost of health care, that they are not willing to subject their own freedom and their own practices and habits to the question of how they generate the very costs they are concerned about.

So having said that, I was wondering what your view is of the contention by groups like the Canadian Nurses Association, for instance, who would like to see more points of entry, as they call it, into the health care system. I do not agree with the member from Provencher that they necessarily want to get on a fee-for-service basis; they have not been clear that they want to get in on the fee-for-service thing. If they did, that would be a matter of concern to me. But what they would like to see are more points of entry into the system. Do you think that would have any effect?

Prof. Soderstrom: I do not know about the specifics of the nurses' proposal. What extra-billing has done is we have focused attention on extra-billing now for eight years probably and ignored things like that. That is one of the great costs that extra-billing has imposed on the country. This committee, rather than spending its time debating extra-billing, might very well have been spending its time debating ways in which the federal government might be able to stimulate experimentation and reform in these kinds of areas. If we do not get extra-billing behind us, this debate is going to continue and we are not going to get on to those major things. That is one of the reasons why it is so important that we look seriously for a way to stop extra-billing.

Mr. Blaikie: It seems to me, Mr. Chairman, that that statement can generate two responses. One is: let us make darn

[Traduction]

En l'occurrence au Québec, comme vous l'avez vous-même signalé, ces gens sont en mesure d'obvier au fait que leur revenu ne correspond pas à leurs attentes en voyant davantage de clients. Je suis très heureux d'en entendre discuter, car, si c'est effectivement pratique courante, et je me rappelle fort bien qu'il y a un ou deux ans, j'avais prédit à l'Association des médecins de la Saskatchewan, à Regina, que c'est effectivement cela qui allait se produire, que les médecins, consciemment ou non, manipulaient le marché en créant une demande chaque fois qu'ils avaient intérêt à le faire.

Il ne s'agit pas simplement de faire de la médecine préventive en procédant à tous les tests nécessaires pour pouvoir dire que vous avez fait tout ce qu'il fallait au cas où les choses tourneraient mal, il s'agit également du cas de ces médecins qui, dans le cadre du système, sont parfaitement libres de contourner n'importe quelle formule que nous pourrions inventer pour minimiser le coût du système médico-hospitalier dont les médecins eux-mêmes sont à l'origine. Il me semble parfaitement ironique de constater à quel point l'Association médicale canadienne accorde une attention considérable à cette question de la cherté du régime, alors qu'elle répugne parfaitement à ce que sa propre liberté, à ce que ses façons de procéder soient mises sur la sellette et qu'on puisse reprocher à la profession médicale d'être elle-même à l'origine de tous ces frais dont elle dit tant se soucier.

Cela étant dit, j'aimerais savoir ce que vous pensez des affirmations de certains groupes, comme l'Association des infirmiers et infirmières du Canada, qui préféreraient voir multiplier les points d'accès, pour reprendre leur propre expression, au système médico-hospitalier du Canada. Je ne suis pas d'accord avec le député de Provencher, selon lequel ces groupes veulent nécessairement obtenir une rémunération à l'acte, car ils ne se sont pas prononcés encore sur ce qu'ils voulaient à ce chapitre. Si c'est effectivement le cas, alors, bien sûr, je m'en inquiéterais. Mais ce qu'ils veulent, c'est multiplier les points d'accès au système. Pensez-vous que cela aurait des conséquences?

M. Soderstrom: Je ne suis pas au fait des détails des propositions des infirmières. De fait, la surfacturation a eu pour résultat de mobiliser notre attention sur le problème, et ce, depuis huit ans déjà, et de détourner notre attention d'autres questions comme celles-là. Voilà en effet l'une des conséquences les plus coûteuses de la surfacturation pour le Canada. Au lieu de discuter de la surfacturation, le Comité aurait pu, bien plus utilement, consacrer son temps à discuter de la façon dont le gouvernement fédéral pourrait encourager l'innovation et la réforme dans des domaines comme celui-là. Si nous ne parvenons pas à en finir une fois pour toutes avec la surfacturation, le débat va se poursuivre à l'infini et nous n'allons jamais pouvoir passer à d'autres choses importantes comme celles-là. C'est donc l'une des raisons pour lesquelles il est extrêmement important de chercher résolument un moyen d'arrêter la pratique de la surfacturation.

M. Blaikie: Il me semble, monsieur le président, que cette affirmation appelle deux réponses. En premier lieu, que nous devons absolument faire en sorte que ce projet de loi sur la

[Text]

sure that this proposed Canada Health Act does eliminate extra-billing so we can get on with all these other questions.

The other response that it can generate, and I will be listening to see whether it generates that response, is that while extra-billing is not as big a problem as it is made out to be, let us pay attention to these other questions, rather than extra-billing. I have a hunch there is a tendency on my right for that kind of analysis.

I would opt for the one first, because until extra-billing goes away we are not going to be able to address these other problems. Extra-billing is a symptom of the larger problem, which I am not sure you would want to address, Dr. Halliday, and that is the entrepreneurial freedom of the doctors at the root of our system, an entrepreneurial freedom they think extra-billing is part and parcel of, which I do not, unless we want to imply that the professional freedom that social workers, clergymen, judges, Members of Parliament and university professors have is all somehow inferior to the professional relationship doctors have with their clients because they are not able to extra-bill their clients.

• 1720

Until we get over and above and beyond extra-billing and eliminate it completely, we are not going to be able really to get to that larger question, it seems to me.

Mr. Epp: Do you advocate salaries? Is that what you are advocating?

The Chairman: I think that was a good wind-up speech rather than a question, which is . . .

Mr. Blaikie: No, I would like to hear the witness on this.

The Chairman: Professor.

Prof. Soderstrom: Extra-billing is a problem, and it is a big problem. It is a problem now, as it presently exists. The Canadian Medical Association is very fond of saying, look, it is not much of a problem, because not many dollars are involved. Even in a province like Alberta, at the peak of extra-billing there in early 1982, 4.5% of medicare payments were in the form of extra-billing; \$14 million. What that position totally misses, though, is the fact that extra-billing goes on in dense pockets. It is in particular specialties and it is in particular regions. So it is 80% of the ophthalmologists, it is 80% of the ear, nose, and throat specialists in Alberta, who do it. And the same kind of problem apparently has existed with extra-billing in Ontario as well. Those are the two provinces I have a little bit of factual knowledge about. It may be true in Nova Scotia. I have heard rumours about the same thing.

[Translation]

santé fasse disparaître la surfacturation, afin que nous puissions attaquer toutes ces autres questions.

En deuxième lieu, et je vais prêter l'oreille pour voir si justement c'est le genre de réponse que nous allons obtenir, même si la surfacturation n'est pas vraiment un problème aussi colossal qu'on le laisse paraître, nous devons commencer à accorder notre attention à toutes ces autres questions qui transcendent la surfacturation. J'ai très nettement l'impression qu'à ma droite, on aurait tendance à opter pour ce genre d'analyse.

Personnellement, je commencerai par la première, car, aussi longtemps que la surfacturation restera dans notre chemin, nous n'allons pas pouvoir aborder les autres problèmes. La surfacturation est un symptôme d'un problème beaucoup plus important, un problème que je doute que vous veuillez vraiment aborder, monsieur Halliday, en l'occurrence la liberté d'entreprise des médecins qui constitue le fondement du système, cette liberté d'entreprise dont la surfacturation fait, selon eux, partie intégrante, contrairement à ce que je pense, moi, à moins que nous ne soyons, dans la même foulée, prêts à admettre que la liberté d'entreprise des assistants sociaux, des hommes d'Église, des juges, des parlementaires et des professeurs d'université n'est pas aussi étendue que celle des médecins dans leurs rapports professionnels avec leurs clients, parce que les premiers n'ont pas le loisir de faire de la surfacturation, alors que les seconds, eux, le peuvent.

Tant que nous n'aurons pas réussi une fois pour toutes à éliminer de notre route la surfacturation, à l'abolir complètement, nous n'allons pas vraiment pouvoir, du moins ce me semble, passer au problème dans son sens le plus large.

M. Epp: Préconisez-vous la fonctionnarisation? C'est cela que vous voulez?

Le président: Il me semble que nous venons d'entendre un excellent discours de synthèse plutôt qu'une question, ce qui . . .

M. Blaikie: Pas du tout, j'aimerais avoir l'opinion du témoin.

Le président: Professeur.

M. Soderstrom: La surfacturation est un problème, et un problème grave. C'est un problème d'actualité qui se pose déjà. L'Association médicale canadienne se plaît beaucoup à affirmer que ce n'est pas vraiment un problème, compte tenu des sommes relativement modiques en cause. Même dans une province comme l'Alberta, à l'époque où, au début de 1982, la surfacturation avait atteint un sommet, 4,5 p. 100 des versements au titre de l'assurance médicale sont passés à la surfacturation, soit 14 millions de dollars. En revanche, ce que cette prise de position omet totalement, c'est le fait que la surfacturation frappe des zones extrêmement compactes. En effet, elle s'enregistre surtout dans certaines spécialités et dans certaines régions. Ainsi, 80 p. 100 des ophtalmologistes et 80 p. 100 des oto-rhino-laryngologistes albertains y ont recourt. Et apparemment, il en irait de même en Ontario. Voilà, ce sont les deux provinces dont je connais un peu la situation. Il se

[Texte]

Mr. Epp: The same thing happens in Manitoba, where you do not have it.

Prof. Soderstrom: So in terms of access—because it is access for particular groups of people who are adversely affected—the long-term implication of extra-billing if it is allowed to take root is that you go towards a two-tier system.

Mr. Blaikie: That is right.

Prof. Soderstrom: So it is not something that you can talk about as being just a small issue today. It has major implications for the principles on which the federal scheme was originally constructed.

The Chairman: Thank you.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I am very reluctant to correct university professors in anything they said. But I note that Dr. Soderstrom is I think from the U.S.A., having had his under-graduate and post-graduate training there, and he made the comment just a few minutes ago that primary care was family or general practice, pediatrics, and internal medicine. That certainly has been true in the United States of America, but going back 25 years here, the only school, even 25 years ago, that would have accepted that definition of primary care was McGill.

I am really astonished to think that even now McGill still considers that primary care embraces pediatrics and internal medicine. You have a professor of family medicine there now—perhaps the last school to get one—but I am really astonished that you still, with your expertise in health care, look upon pediatrics and internal medicine as part of primary care. That has not been the route in Canada. The Americans came to the light and they realized their problem on the Atlantic seaboard when they were going that route and they completely switched back some years ago—not as far back as we did.

Just a little bit of advice for the professor.

My question, Mr. Chairman, is this. I wonder if Professor Soderstrom would mind commenting on the thrust of this bill in the context of what has been happening in other countries in the world.

I judge by your name, if I may suggest it, that you have some, if not close knowledge—probably having studied this situation in the Scandinavian countries, where they and Britain are far ahead of us in their health care schemes over the years... I wonder if you could cite any examples of what has happened in the rest of the world; other countries which

[Traduction]

pourrait qu'il en soit de même en Nouvelle-Écosse, car j'ai également entendu certaines rumeurs dans ce sens.

M. Epp: Mais c'est exactement la même chose au Manitoba, où cela n'existe pas.

M. Soderstrom: Pour ce qui est de l'accès—car il s'agit bien de l'accès dont peuvent bénéficier certains groupes de gens qui se trouvent négativement affectés—les répercussions à long terme de la surfacturation, si on permet à cette pratique de s'implanter, seraient la création d'un système à deux niveaux.

M. Blaikie: Parfaitement.

M. Soderstrom: Il ne faudrait donc pas partir du principe qu'il s'agit actuellement d'un problème mineur, car il pourrait avoir d'importantes répercussions au niveau des principes qui ont présidé à la création de la formule fédérale.

Le président: Je vous remercie.

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je répugne toujours un peu à prendre le contre-pied de ce que dit un professeur d'université, mais je dois remarquer que M. Soderstrom est, je crois, d'origine américaine, et qu'il a fait sa médecine aux États-Unis, et qu'il nous a dit, il y a quelques instants de cela, que la médecine générale ou familiale, la pédiatrie et la médecine interne constituaient les soins primaires. Bien sûr, cela a été le cas aux États-Unis, mais ici, au Canada, même si l'on remonte de 25 ans en arrière, la seule faculté qui aurait accepté cette définition des soins primaires était celle de McGill.

Je suis tout à fait abasourdi à l'idée que même aujourd'hui, McGill considère encore que les soins primaires englobent la pédiatrie et la médecine interne. Il y a actuellement à McGill une chaire de médecine familiale—et c'est peut-être la dernière faculté qui en compte une aujourd'hui—mais je n'en reviens pas de vous entendre dire, vous qui avez énormément de compétence dans le domaine de la santé, que la pédiatrie et la médecine interne font partie des soins primaires. Nous n'avons jamais raisonné de cette façon au Canada. Les Américains eux-mêmes ont fini par se rallier à l'évidence et ils se sont rendu compte que s'ils avaient un problème, dans l'est du pays, c'est qu'ils avaient adopté cette attitude, et ils ont d'ailleurs changé complètement leur fusil d'épaule, il y a quelques années, sans pour autant aller aussi loin que nous dans ce domaine.

Cela, c'était un petit conseil à l'intention du professeur.

La question que je voudrais poser, monsieur le président, est la suivante: le professeur Soderstrom pourrait-il nous faire part de ce qu'il pense à propos de l'incidence du projet de loi eu égard à l'évolution qui a été enregistrée dans d'autres pays du monde?

A en juger d'après votre nom, si vous me le permettez, je pense que vous devez avoir certaines notions plus ou moins précises—j'imagine que vous avez étudié la situation dans les pays scandinaves, qui sont, comme la Grande-Bretagne, bien plus avancés que nous en matière de régimes médicaux hospitaliers publics... Pourriez-vous nous donner des

[Text]

suggest that we should be going this way. In particular, is there one of these countries . . . you just raised the issue of two-tiered medicine . . . is there a country in the world that does not either have two-tiered medicine or extra-billing of some sort, deductibles, co-insurance, or extra-billing? Is there any country that does not have one or the other, either deductibles, co-insurance, or extra-billing; or two-tiered medicine?

We are supposedly here heading for a system, according to the Minister, that will have neither: not two-tiered medicine, nor deductibles, nor extra-billing, and so on. I just question whether that is even feasible. Could the professor tell us if there is indeed a country that has achieved that successfully?

• 1725

Professor Soderstrom: I do not know whether there is a country that has done it. I do know that a lot of countries do have multi-tiered systems that make a great deal of use of deterrent charges. The country I know best is the country where I was born, as you observe—the United States.

I am so concerned that we do away with extra billing because I have seen what has happened in the United States, the inequities and inefficiencies of a multi-tiered system. That is why I am so concerned about what happens with this legislation.

Mr. Halliday: Just a very quick supplementary, Mr. Chairman.

The Chairman: Yes.

Mr. Halliday: In Canada we have apparently had an excellent system up until very recently. For some reason it is being suggested that to carry on the way we have been carrying on is going to be destructive. I do not understand it. We have had a system that everybody would agree is better than the U.S.A. system. Why change it? Why not go on with it the way it is?

Professor Soderstrom: There are two reasons. First, we can make it better in the short term in the sense that it works better when you reduce the financial barriers to access, and all that those involve, that currently exist. Second, you can prevent the deterioration of the system in the future, the drift towards the two-tier system. That you can prevent.

Mr. Hudecki: I would like . . .

The Chairman: Dr. Hudecki, one last question.

Mr. Hudecki: With all due respect, I feel that when it comes to deciding what the fees should be for the physician you should leave that with their peer group within the medical system and they should be encouraged to use a sort of point system whereby the complexity of their training comes into account, the complexity of the procedure, along with the seniority and so on, that they should work out their schedule and that schedule should then be negotiated with the prov-

[Translation]

exemples de ce qui s'est passé dans ce domaine dans le reste du monde? Il y a d'autres pays qui pourraient avoir suivi la même voie, ce qui confirmerait notre approche. En particulier, existerait-il un pays parmi ceux-là—et vous venez vous-même de parler d'une médecine à deux niveaux—un pays qui n'aurait ni système à deux niveaux, ni surfacturation, ni déductibilité, ni coassurance ou autres éléments de ce genre? Existe-t-il un pays qui n'aurait aucun de ces éléments dans son système, qui n'aurait pas de médecine à deux niveaux?

Nous semblons nous diriger, au Canada, vers un système, à en croire le ministre, un système qui n'aurait effectivement ni caractère de déductibilité, ni surfacturation, et qui ne serait pas non plus un système à deux niveaux. Moi, j'aimerais savoir si c'est réalisable. Le professeur pourrait-il nous dire s'il existe effectivement un pays qui y soit parvenu?

M. Soderstrom: Je ne sais pas s'il y a des pays qui y soient en effet arrivés. Je connais cependant bon nombre de pays dont les systèmes médicaux sont à plusieurs niveaux et qui ont recours à des frais supplémentaires à des fins préventives. Celui que je connais le mieux, c'est le pays où je suis né, c'est-à-dire les États-Unis.

C'est justement parce que j'ai vu ce qui s'est produit aux États-Unis, que j'ai vu l'inégalité et l'inefficacité qu'entraîne un système à plusieurs niveaux que je suis si intéressé à ce que l'on abandonne la surfacturation. Voilà pourquoi ce projet de loi-ci me tient autant à coeur.

M. Halliday: Monsieur le président, une brève question supplémentaire.

Le président: Oui.

M. Halliday: Le système canadien semble avoir donné d'excellents résultats jusqu'à très récemment. Mais pour des raisons que je comprends mal, on laisse entendre qu'il serait destructeur de continuer dans la même voie. Tout le monde s'entend pour dire que notre système dépasse le système américain. Alors, pourquoi le changer? Pourquoi ne pas le maintenir tel qu'il est actuellement?

M. Soderstrom: Il y a deux raisons à cela. Tout d'abord, on peut améliorer le système à court terme en réduisant les barrières financières qui en bloquent l'accès, de même que toutes les autres barrières qui en découlent. Ensuite, il est tout à fait possible d'empêcher le système de se détériorer éventuellement, c'est-à-dire d'évoluer vers une structure à deux niveaux.

M. Hudecki: J'aimerais . . .

Le président: Monsieur Hudecki, une dernière question.

M. Hudecki: Sans vouloir vous offenser, j'estime que toute décision concernant les honoraires payables au médecin devrait relever de ses pairs du collège des médecins et que l'on devrait inciter ceux-ci à utiliser une méthode numérique qui leur permettrait de calculer ce facteur complexe que représentent leurs années de formation, les procédures à suivre, les années d'ancienneté, etc. Cette méthode leur permettrait d'échelonner leurs honoraires, puis de négocier ceux-ci avec les provinces.

[Texte]

inces. For non-medical people to be telling various specialists what they should be charging . . . I think the economist and the politician are overstepping their grounds.

I just wanted to mention to Mr. Blaikie that there is a difference between the medical profession and the clerical profession. For one thing, our decisions have to be made immediately. They could deal with matters of life and death, and we get a feedback immediately. We have to die until we get a feedback from you in terms of the work you are doing.

The Chairman: I do not know, Professor, if you have any comment to make to Dr. Hudecki.

Before your final answer I would like to remind Mr. Blaikie and Mr. Epp and Dr. Schroder that I would like to see them for a moment after we are finished, if I may.

Do you have any final comments, Professor?

Professor Soderstrom: I guess that is the sort of question I can bring around to sort of a grand summary of the points I am trying to make.

On setting the fees, I think it is important that the state have an input because sometimes in setting the relative fees of specialists . . . Let us take a very concrete case. However we want to define primary care, the medical profession itself may have a different vision than society in terms of the importance to be attached to primary care. Society may decide that it wants to encourage more physicians to go into primary care. One of the ways of doing that would be for society to say we should give more money to the people who are doing the primary care services.

Mr. Hudecki: Well, society will have the final word. They will have the final word.

Professor Soderstrom: Society may want some role in setting the relative fees.

Mr. Hudecki: Well, in negotiation they do. The final word will come from them. They are the ones who should set the relative fee, but the total amount eventually will depend on what the pie is. Then the government says they accept that or they will raise it or they will increase it by 5%, but the actual dispersion of that fee should be left with the people who understand.

Professor Soderstrom: No, I am disagreeing with that because there are cases where . . .

Mr. Hudecki: But you do not know the expertise that is required.

The Chairman: Let the witness answer.

Professor Soderstrom: The concern about primary care I think is a very good illustration. The profession for many, many years has felt that the financial incentive should tip towards the surgeons, etc. Given that society generally feels that it is time we had more people providing primary care

[Traduction]

Mais demander à des gens qui, comme les économistes et les politiciens, ne sont pas des experts du domaine médical de dicter leurs honoraires aux divers spécialistes, cela me semble outrepasser leur mandat.

Je voulais également préciser à l'intention de M. Blaikie qu'il existe toute une différence entre le travail d'un médecin et le travail de bureau. Tout d'abord, nos décisions à nous doivent être prises dans l'immédiat, elles sont souvent des questions de vie ou de mort dont on voit les résultats immédiatement, alors que dans votre cas, il faut que les patients meurent pour qu'il soit possible de voir le fruit de votre travail à vous.

Le président: Professeur, je ne sais si vous voulez répondre à M. Hudecki.

Auparavant, j'aimerais simplement rappeler à MM. Blaikie, Epp et Schroder que j'aimerais les voir quelques instants après la fin de la séance.

Professeur, avez-vous une dernière chose à nous dire?

M. Soderstrom: C'est le genre de question qui me permet de bien résumer ma position.

Pour ce qui est de l'échelonnement des honoraires, il est important que l'État ait son mot à dire; en effet, lorsque vient le temps d'établir les honoraires relatifs des spécialistes . . . Prenons un cas très concret. Quelle que soit notre propre définition des soins primaires, les médecins eux-mêmes auront peut-être une vision tout à fait différente de celle de la société et attacheront peut-être une importance tout à fait autre à ces soins primaires. La société peut, par exemple, décider d'encourager plus de médecins à dispenser les soins primaires. Une des façons d'y arriver, ce serait que la société décide de donner plus d'argent à ceux qui se consacreront aux soins primaires.

M. Hudecki: Eh bien, c'est la société qui aura le dernier mot, comme elle l'a toujours eu.

M. Soderstrom: La société voudrait peut-être avoir son mot à dire dans l'échelonnement des honoraires.

M. Hudecki: Elle le pourra certainement au moment des négociations. Elle aura même le dernier mot. Mais ce sont les spécialistes qui devraient déterminer leurs honoraires relatifs, même si la somme globale dépendra toujours de la quantité d'argent disponible. Le gouvernement pourra toujours, après coup, accepter cette décision, ou bien alors augmenter les honoraires de 5 p. 100; cependant, l'échelonnement des honoraires devrait être laissé entre les mains de ceux qui s'y connaissent.

M. Soderstrom: Non, je ne suis pas d'accord avec cela; il est des cas où . . .

M. Hudecki: Mais vous ne savez rien de toutes les connaissances qui sont requises.

Le président: Laissez le témoin répondre.

M. Soderstrom: L'intérêt pour les soins primaires illustre très bien ma position. Les médecins ont, depuis de nombreuses années, été d'avis que les stimulants financiers devraient favoriser les chirurgiens, entre autres. Puisque la société est maintenant d'avis qu'il est grand temps que les services de

[Text]

services, it may want to make the provision of primary care services relatively more attractive *vis-à-vis* surgery.

• 1730

Mr. Hudecki: No, there is a rate of skill that is required, say, by a cardio-vascular surgeon and by your primary care physician. What should be his fees and what should be the primary care fees? That is the point I am making. You are not in a position to make that judgment.

Prof. Soderstrom: Society usually makes some judgment as to whether it wants more surgery as opposed to more special . . .

Mr. Hudecki: I agree with that, but the relative fee still stands. What does the primary care doctor get and what does the other person?

Prof. Soderstrom: Maybe I will go back to my response to Mr. Epp earlier. In setting the fee scales, there should be co-operation between the government and the profession. One of the things this Bill stands to do, particularly if the provinces decide they are not going to ban extra-billing, what it forces them to do, is to put a squeeze on physicians' incomes. That hardens the arteries between government and the profession. It is going to make it more difficult to work out good fee scales.

The Chairman: Order, please! On your behalf, I would like to thank Professor Soderstrom for coming this afternoon.

We will have a short, informal meeting of the steering committee at this time.

[Translation]

soins primaires soient dispensés à plus de gens, on voudra peut-être favoriser, du point de vue financier, le secteur des soins primaires plus que la chirurgie, par exemple.

M. Hudecki: Non, les compétences requises sont bien différentes chez un chirurgien cardio-vasculaire et chez un médecin qui dispense les soins primaires. Quels devraient être les honoraires du premier par rapport à ceux du deuxième? Ce que j'essaye de vous faire comprendre, c'est que vous n'êtes pas en mesure de porter ce jugement.

M. Soderstrom: Mais la société est en mesure généralement de juger si elle veut avoir plus de chirurgiens plutôt que des médecins plus . . .

M. Hudecki: D'accord, mais l'échelle des honoraires relatifs a toujours sa raison d'être. Que reçoit le médecin qui dispense les soins primaires par rapport à l'autre médecin?

M. Soderstrom: Permettez-moi de revenir à la réponse que j'ai déjà donnée à M. Epp. Il devrait y avoir concertation entre le gouvernement et les professionnels de la médecine dans l'établissement d'une échelle des honoraires. Un des objectifs de ce projet de loi-ci, surtout si les provinces décident de ne pas bannir la surfacturation, c'est de les obliger tout de même à plafonner les revenus des médecins, ce qui, par le fait même, durcit les liens entre le gouvernement et les professionnels de la médecine. Cela rend encore plus ardue la tentative d'échelonner des honoraires réalistes.

Le président: À l'ordre, je vous prie! En notre nom à tous, j'aimerais remercier le professeur Soderstrom d'avoir comparu cet après-midi.

Nous tiendrons maintenant une brève séance officieuse du comité directeur.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESS—TÉMOIN

From McGill University:

Professor Lee Soderstrom, Department of Economics.

De l'université McGill:

Le professeur Lee Soderstrom, Département d'économie.

HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 4

Fascicule n° 4

Thursday, February 9, 1984

Le jeudi 9 février 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Health, Welfare and Social Affairs

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

CONCERNANT:

Bill C-3, Canada Health Act

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

TÉMOINS:

(See back cover)

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Steven E. Paproski
Svend J. Robinson (*Burnaby*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 9 FÉVRIER 1984

(6)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 07, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Hudecki, Lachance et Marceau.

Autres députés présents: MM. Foster et Lang.

Témoins: Du Conseil canadien de développement social: M. Terry Hunsley, directeur général, et M^{me} Joanne Eschauzier, chercheuse dans le domaine de la santé. De l'Association canadienne de l'hygiène publique: D^r Larry Chambers, premier vice-président, et Pr Jonathan Lomas, membre du Comité chargé d'étudier le projet de loi.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 10 h 55, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 15 h 15.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(7)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 20, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Lachance et Marceau.

Autres députés présents: MM. Foster et Lang.

Témoins: De l'Association canadienne de l'hygiène publique: D^r Larry Chambers, premier vice-président, et Pr Jonathan Lomas, membre du Comité chargé d'étudier le projet de loi. De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada: D^r Helen Glass, présidente, et M^{me} Ginette Rodger, directrice générale.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir*

consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

Messrs. Chambers and Lomas answered questions.

Dr. Glass made a statement and with the other witness answered questions.

On motion of Mr. Blaikie, it was agreed,—That the number of issues printed of the Minutes of Proceedings and Evidence be increased from 1,000 to 2,000.

At 5:44 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.)

MM. Chambers et Lomas répondent aux questions.

Le Dr Glass fait une déclaration, puis elle-même et les témoins répondent aux questions.

Sur motion de M. Blaikie, *il est convenu*,—Que l'on commande 2000 au lieu de 1000 exemplaires des *Procès-verbaux et témoignages*.

A 17 h 44, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, February 9, 1984

• 0907

The Chairman: Order, please.

I will now call the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order. We are studying Bill C-3, the Canada Health Act. We are pleased to have with us this morning, from the Canadian Council on Social Development, Mr. Terry Hunsley, the Executive Director, and Ms Joanne Eschauzier, Health Researcher.

Despite the fact that the clock I am looking at has not been working for the last two or three days—we should be complaining to the Minister of Public Works about that—we will carry on. I gather there is no brief. Perhaps you have a fair opening statement so we can have something to discuss.

Mr. Terry Hunsley (Executive Director, Canadian Council on Social Development): Thank you, Mr. Chairman. What we have, I guess, is a semi-prepared statement, which I think would take us 10 minutes or less, if you would bear with us.

For any who may not know, the Canadian Council on Social Development is a national voluntary organization with an open public membership broadly representative of individuals and organizations in the public and private sectors. Both business and labour and community service groups, as well as other institutions and local groups, are represented in our memberships. They share an interest in furthering social development policy in a broad range of areas.

We carry out independent research and non-partisan information and community consultation activities to support policy development in these areas, primarily on concerns and issues that have a national impact or application.

Our organization has been concerned with the evolution and development of the health care system for all of the 64 years of our existence. For many years in the 1920s we were very much involved in promoting things such as universal inoculations for children.

• 0910

In the 1940s, with the Rowell-Sirois Commission and other reports, we have been involved in promoting the development of shared-cost programs through the 1960s, when we participated directly in the policy development for not only medicare programs but also the Canada Assistance Plan and the Canada Pension Plan, and up to the more recent years, when we have been perhaps more involved in trying to promote and develop voluntary sector input and more involved generally with national social issues on a broad scale.

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 9 février 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Je déclare ouverte la séance du Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales. Nous étudions le projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Nous avons le plaisir de recevoir ce matin M. Terry Hunsley, directeur exécutif du Conseil canadien de développement social, et M^{me} Joanne Eschauzier, chercheuse en matière de santé.

Nous allons donc commencer, bien que l'horloge derrière moi soit en panne depuis deux ou trois jours—il faudrait d'ailleurs s'en plaindre au ministre des Travaux publics. Je crois qu'il n'y a pas de mémoire, mais vous avez peut-être une déclaration préliminaire à faire afin d'amorcer le débat.

M. Terry Hunsley (directeur exécutif, Conseil canadien de développement social): Je vous remercie, monsieur le président. Nous avons une déclaration semi-rédigée qu'il nous faudra une dizaine de minutes pour présenter, si vous le permettez.

Pour ceux d'entre vous qui ne le savent pas, le Conseil canadien de développement social est une association bénévole nationale à laquelle l'adhésion est libre et qui regroupe des membres qui adhèrent à titre personnel ou qui représentent des organisations du secteur public et privé. Patronat et syndicats sont représentés, ainsi que divers groupes de services communautaires et autres établissements et groupes locaux qui portent un intérêt commun au développement social dans une vaste gamme de domaines.

Nous entreprenons des recherches indépendantes et menons une série d'activités d'information et de consultation non partisans visant à faciliter l'élaboration de politiques dans tous ces domaines, et notamment ceux qui ont des répercussions ou une application au niveau national.

Depuis les 64 années de sa fondation, notre association n'a cessé de s'intéresser à l'évolution et au développement du système de santé. Pendant de nombreuses années, à l'époque des années 20, nous avons travaillé activement à promouvoir des mesures telles que la vaccination universelle des enfants.

Dans les années 40, avec la Commission Rowell-Sirois et d'autres commissions d'étude, nous avons travaillé à l'élaboration de programmes de partage des coûts, jusque dans les années 60, où nous avons participé directement à l'élaboration des programmes d'assurance-maladie ainsi que du Régime d'assistance publique du Canada et du Régime de pensions du Canada et, plus récemment, nous nous sommes occupés de promouvoir davantage la participation et l'influence du secteur bénévole, et nous sommes intéressés à des questions sociales de caractère très fondamental.

[Text]

We have always underscored the overwhelming rationale for a free, open and accessible health care system. We feel that considerations, not only of social equity and community needs but also of economic efficiency of fiscal control, of service quality and of long-range planning capacity, suggest that a publicly operated system, funded through the general tax base, is a most appropriate system for Canada.

We have recently been involved in organizing a series of health forums in many regions of the country to stimulate discussion on the future of health care in Canada. We have a few more scheduled over the next few weeks. Our volunteers in different parts of the country organized these sessions to consult with communities on their views regarding the medicare issue, but also to go beyond this to see what their concerns and views were about the present system and how it could be better adapted to our present and future health needs.

We were frankly a bit upset about some of the initial publicity given to the government's funding of out-of-pocket costs for these initiatives, but we determined to carry on because that support was able to assist us in carrying out activities that were clearly a part of our mandate. The participation and the results of these forums, we feel, justified our faith in the community interest and response, and we will really concentrate a good part of our discussion today on what we heard during those sessions. So what we are presenting is not a comprehensive brief on the proposed Canada Health Act but really some feedback from a number of local sessions and forums.

These forums were attended by consumer groups, by senior citizens' associations, by health and social service officials, by academics, by provincial government officials, by federal and provincial politicians of all parties, by nurses and by physicians. With the unfortunate exception of a number of medical associations, these people did not see it as a political exercise but really as an opportunity to exchange their views on a matter of very real concern.

So I guess our feedback to you today is predominantly derived from this and, we would hope, would reflect a kind of consumer and community dimension of the health care system.

I might say we are very gratified, despite the earlier reticence of some of the professional associations to become involved, that it appears the Canadian Medical Association has recognized the legitimacy of our organization and that a large number of others urged us to come and make our views known to this committee. I trust that with everyone basically supporting the principles of the Bill that will not unduly slow down the process too much.

I would like to ask Joanne Eschauzier to summarize the kinds of results, the feedback, that came from the forums that were held.

Ms Joanne Eschauzier (Health Researcher, Canadian Council on Social Development): Contrary to what some

[Translation]

Nous avons toujours souligné la nécessité impérieuse d'un système de santé qui soit libre, ouvert et accessible. Nous estimons que les impératifs de la justice sociale et les besoins de la communauté, mais également les impératifs économiques du contrôle financier, ceux de la qualité du service et de la planification à long terme, militent en faveur d'un système administré par l'État et financé par l'impôt.

Nous avons organisé récemment une série de séminaires-débats sur la santé dans diverses régions du pays afin de stimuler le débat sur l'avenir du système de santé au Canada. Plusieurs autres séminaires doivent se tenir dans les semaines qui viennent. Ils ont été organisés par des bénévoles de diverses régions et visent à dégager les points de vue des communautés concernant le problème de l'assurance-maladie, mais aussi, au delà, déterminer quels sont les reproches que l'on peut adresser au système actuel et comment on pourrait mieux l'adapter à nos besoins de santé actuels et futurs.

Franchement, nous avons déploré la publicité faite par le gouvernement autour de sa prise en charge du coût d'organisation de ces initiatives, mais nous avons décidé de continuer, car ce soutien financier nous permet de mener à bien les activités qui font clairement partie de notre mandat. La participation à ces séminaires et les résultats qu'ils ont produits confirment notre foi dans l'intérêt que le public porte à ces questions, et je pense que nous allons concentrer notre discussion d'aujourd'hui sur ce qui ressort de ces séances-débats. Ce que nous allons vous exposer aujourd'hui n'est donc pas un mémoire détaillé sur la Loi canadienne sur la santé, mais plutôt les réactions que nous avons relevées dans un certain nombre de séminaires et de débats tenus au niveau local.

Assistaient à ces débats des groupes de consommateurs, des associations de personnes âgées, des responsables des services sanitaires et sociaux, des fonctionnaires provinciaux, des hommes politiques des partis fédéraux et provinciaux, des infirmières et des médecins. À l'exception regrettable d'un certain nombre d'associations médicales, ces participants ne considéraient pas ces séances-débats comme un moyen de propagande politique, mais plutôt comme une occasion d'échanger des vues sur des questions très concrètes.

Ce que nous avons à vous dire aujourd'hui est donc la synthèse qui se dégage de ces discussions et traduit le point de vue des consommateurs et de la collectivité sur le système de santé.

Je dois dire que nous avons pris acte avec satisfaction que, en dépit de la réticence initiale de certaines associations professionnelles, l'Association médicale canadienne a reconnu la légitimité de notre organisation et qu'un grand nombre d'autres nous ont incités à venir à votre Comité faire connaître nos vues. Étant donné que tous les partis appuient les principes contenus dans ce projet de loi, je pense que notre comparution ne devrait pas trop retarder le passage de la loi.

Je voudrais demander à Joanne Eschauzier de faire une synthèse des discussions qui se sont tenues dans ces séminaires.

Mme Joanne Eschauzier (rechercheur en matière de santé, Conseil canadien de développement social): Contrairement à

[Texte]

people may have expected, the forums actually spent very little time discussing extra-billing and user charges. The participants seemed to find quick consensus on the negative and the repressive nature of these mechanisms, and they went on to discuss other issues which a national health policy should address.

There was a call at every forum for a humane and human health care system, reflecting, I think, a common perception that what exists today is not sufficiently sensitive to people's needs. The view predominated that Canadians should and want to share the responsibility for the planning, organization, implementation and evaluation of health services and not be excluded by a system that considers them a unit of service.

The people at the sessions wanted to look responsibly and optimistically to the future. It was suggested that the proposed Canada Health Act should do likewise, ensuring a framework for a high-quality, cost-effective system serving all Canadians wherever they live, with sensitivity to their needs and to the social, economic and cultural barriers that may invisibly but effectively undermine the most laudable of objectives.

• 0915

The participants described the attributes of that humane health care system, first of all seeing it as a problem-solving system that addresses the relationships between health and social conditions and between health and the natural physical and occupational environments. That system fosters social responsibility and independence. It recognizes the importance of both medical care and social factors. It provides for a range of approaches to prevention, treatment and rehabilitation. It provides for future planning options that are based on moral and social values and on effective allocation of resources, rather than jurisdictional battles and power relationships amongst institutions and professional groups. Finally, a humane health care system is seen as being a personal system, which lets people know individually and collectively the status of their health, informs them of options and all available resources and of the actual costs of health care, and recognizes that the ultimate responsibility rests with the individual.

The forums also focused on the need for a long-range national health strategy. The participants clearly felt that the present system has evolved without planning or effective evaluation, and without the creativity needed to face many of the problems and challenges of the future. They underscored the need for a national plan to set clear and measurable objectives for the health care system, and to provide services responsive to emerging needs, standards of access and quality, co-ordination with other service delivery systems, and an effective consumer role in planning, delivery, and evaluation of the system.

[Traduction]

ce que l'on aurait pu croire, très peu de temps a été consacré durant ces séances-débats à la question de la surfacturation et du ticket modérateur. Les participants se sont mis rapidement d'accord sur la nature négative et répressive de ces mécanismes et n'ont pas tardé à aborder d'autres problèmes que la politique nationale de santé doit résoudre.

Dans tous les débats, les intervenants appelaient de leurs voeux un système de santé à caractère humain, ce qui traduit la perception répandue que les structures actuelles ne sont pas suffisamment adaptées aux besoins des malades. L'opinion prédominante est que les Canadiens veulent et doivent partager la responsabilité de la planification, de l'organisation, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des services de santé et ne doivent pas en être exclus par un système qui les considère comme des unités de service.

Les participants à ces sessions veulent envisager l'avenir sous l'angle de la responsabilité et de l'optimisme et pensent que la loi canadienne sur la santé projetée doit faire de même, en mettant en place une structure assurant des soins de haute qualité, dans des conditions de rentabilité économique, à l'intention de tous les Canadiens, où qu'ils vivent, un cadre qui soit adapté à leurs besoins et capable de circonvenir les barrières sociales, économiques et culturelles qui finissent par contrarier de façon invisible et sournoise les objectifs les plus louables.

Les participants ont défini les attributs d'un système de santé humain, le décrivant tout d'abord comme un système de résolution de problèmes qui s'attaque aux relations entre la condition sanitaire et la situation sociale et entre la santé et l'environnement naturel, physique et professionnel. Un tel système engendre la responsabilité sociale et l'indépendance. Il reconnaît l'importance à la fois des soins médicaux et des facteurs sociaux. Il prévoit toute une gamme d'approches à la prévention, au traitement et à la réadaptation. Il permet de dégager des options de planification future qui soient fondées sur les valeurs morales et sociales et sur une répartition efficace des ressources, plutôt que sur des affrontements juridictionnels et des rapports de puissance entre les diverses institutions et les groupes professionnels. Enfin, un système de santé humain doit être un système personnel qui permette à la population de connaître individuellement et collectivement son état de santé, qui l'informe de toutes les options et de toutes les ressources disponibles, ainsi que du coût réel des soins, et qui confie la responsabilité ultime à l'individu.

Les débats ont également fait ressortir la nécessité d'une stratégie nationale à long terme en matière de santé. Les participants étaient clairement d'avis que le système actuel s'est construit en l'absence de planification et de contrôle véritable, et sans la créativité nécessaire, si l'on veut relever les problèmes et les défis de l'avenir. Ils ont insisté sur la nécessité d'un plan national qui fixe des objectifs clairs et quantifiables et qui instaure des services à la mesure des besoins nouveaux, qui réponde aux normes d'accès et de qualité souhaitées, qui soit coordonné avec d'autres systèmes de soins et qui permette

[Text]

I think that pretty well summarizes the main points that came out of the forums. I pass it back to Terry now.

Mr. Hunsley: I think our summary version of the proposed Canada Health Act would suggest that it is not a Bill which meets the desires of all Canadians for a more humane and well planned health system. What it does is provide a mild deterrent to user charges and extra-billing. But because of the clearly offensive nature of these charges, the Bill should be passed. It should be passed right away, we feel, to try to get us out of this kind of confrontational situation with user charges—also, hopefully, get us out of the confrontational situation between federal and provincial governments over jurisdiction and over who gets to spend taxpayers' money on what.

We think the Bill should be passed because Canadians want and need a clear statement about extra-billing and user charges. They want them done away with so we can go about the business of building a better health system. So we suggest that the Bill be passed, but with a few essential modifications.

The first one would be that with the Bill there be a commitment that this is phase one of a more complete legislative process; one that would culminate in the introduction of a comprehensive national health policy. We think there should be a requirement within the Bill for the government to table such a comprehensive policy, for inclusion within one year.

The second area of concern to us is the very weak reference in the Bill to information requirements. In our view the lack of ability of federal and provincial governments to reach some kind of a compromise solution on what kind of information is going to be reported on the implementation of the Bill has undermined Canadians' understanding of the federal and provincial roles in the system over the years. No one seems to know who pays what and who pays for what, and that has been clouded in five years really of dead-end negotiations on information requirements. It is our view that the federal government has a jurisdictional responsibility to provide Canadians with information about social conditions, and that responsibility transcends anything that would be in the Canada Health act.

• 0920

We think there needs to be new investment, and through new financial channels, to support innovation and service development in those areas that have been discussed by many of us over the past several months in the areas of community health services, in the areas of preventive services, in the areas of new approaches to rehabilitative services. We think this can be accomplished by a provision in the act to allow an initial allotment of \$500 million per year from the social development fund to be shared with provincial governments on a differential cost-sharing formula, to be shared with those provinces

[Translation]

au consommateur de jouer un rôle véritable dans la planification, l'organisation et l'évaluation du système.

Voilà, en résumé, les principales conclusions qui se dégagent de ces débats. Je rends maintenant la parole à Terry.

M. Hunsley: Je pense que le projet de loi sur la santé qui nous est proposé ne fait rien pour répondre à l'aspiration de tous les Canadiens à un système de santé plus humain et mieux planifié. Ce qu'il fait, c'est opposer une dissuasion légère à la surfacturation et au ticket modérateur. Nous souhaitons néanmoins son adoption, étant donné le caractère nettement répugnant de ces pratiques. Nous pensons qu'il doit être adopté sans tarder, afin qu'il nous fasse sortir de la confrontation que provoque le ticket modérateur, et également, nous l'espérons, dépasser la confrontation qui oppose le gouvernement fédéral et les provinces quant à leur compétence respective et à la prérogative de dépenser l'argent des contribuables.

Nous pensons qu'il faut adopter ce projet de loi, car les Canadiens souhaitent et exigent une décision claire et nette concernant la surfacturation et le ticket modérateur. Ils veulent leur suppression, afin que nous puissions nous attaquer à la réalisation d'un meilleur système de santé. Nous recommandons donc l'adoption du projet de loi, mais avec quelques changements essentiels.

Le premier de ces changements serait que le projet de loi contienne l'engagement qu'il ne s'agit là que de la première phase d'un processus de refonte, processus qui déboucherait sur l'adoption d'une politique de santé nationale globale. Nous pensons que, dans ce projet de loi, le gouvernement devrait s'engager à promulguer dans l'année une telle politique globale.

Le deuxième reproche que nous adressons au projet de loi est qu'il élude le problème de l'information. À notre sens, l'incapacité des gouvernements fédéral et provinciaux de s'entendre sur une solution de compromis définissant les informations à publier en vue de la mise en application du projet de loi nuit à la compréhension, par les Canadiens, du rôle fédéral et provincial respectif dans le système. Personne ne semble connaître la contribution des autres, ni qui fait les frais de tel ou tel service; les cartes ont été brouillées au cours de cinq années de négociation sur la nécessité de fournir certains renseignements, négociations qui n'ont abouti à rien. À notre avis, le gouvernement fédéral est tenu de donner aux Canadiens des renseignements sur les conditions sociales; il s'agit d'une responsabilité qui transcende toute disposition qu'on pourrait trouver dans la Loi canadienne sur la santé.

Nous estimons que de nouveaux réseaux financiers devraient apporter une nouvelle contribution pour étayer l'innovation et le développement de services dans les domaines dont bon nombre d'entre nous ont parlé au cours des derniers mois, notamment les services communautaires, les services de médecine préventive, les façons nouvelles d'aborder les services de réadaptation. Il nous semble que ces services peuvent être assurés si une disposition de la loi permet une affectation initiale de 500 millions de dollars par année; ces dollars seraient puisés dans la caisse de développement social à

[Texte]

complying with the act who wish to invest and develop new community-based and preventive services.

This fund could be supplemented, as time goes by, by the funds which might accumulate as a result of the penalty clause within the act. We do not think it would be wise to hold those funds that would accumulate because of the penalty clause, for a three-year period; that after one year they could be diverted into the new development fund. I think a three-year period of holding those funds could lead to a situation which would in fact encourage provinces to delay complying with the Act.

We think there is a needless restriction in the act applying to the reimbursement of physicians and dentists. This reference can and should be broadened to apply to a much wider range of health services.

Finally, although there is a useful preamble to the Bill, which is a new addition, which mentions the co-operation of government, professionals, individuals and voluntary organizations, unfortunately after the preamble one does not see much mention of voluntary organizations through the rest of the Bill. We believe the Bill should provide for the encouragement of voluntary organizations in the planning and the evaluation of the health system, not only at the local level but also at the national level. There has been discussion of a national health council or various types of options for national secretariats representing not only the voluntary sector but the public sector as well, for some time. We would simply like to reiterate our support for that kind of a concept.

I think perhaps I should stop there, Mr. Chairman. Thank you very much.

The Chairman: Thank you very much. Miss MacDonald, would you like to start off please.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Thank you, Mr. Chairman, and may I thank the Canadian Council on Social Development, for having come before us today. I am very interested in the approach they have taken because I think it complements what a number of us have been saying about this Bill and would have liked to see it addressed in the larger measure, rather than limiting it just to user fees and extra-billing, but coming to the responsibility we have as a group to look at a comprehensive national policy in health care, the prevention of illness and so on.

Now what interests me about your presentation is your reference to the forums that have been held. So that we can put this into better focus, could you give me a bit more background on the forums? How many were there? Where were they held? How widely representative are they? Did you feel there was a good turnout of people to address this issue?

[Traduction]

laquelle contribueraient également les gouvernements provinciaux, selon une formule de partage des coûts; bénéficieraient de cette caisse les provinces qui respectent la loi et qui veulent investir et mettre au point de nouveaux services communautaires et préventifs.

Avec le temps, l'actif de cette caisse peut être augmenté si l'on y verse les sommes perçues en vertu de la pénalité prévue dans la loi. Il ne serait pas prudent, selon nous, de détenir les fonds qui s'accumuleraient, en vertu de cette disposition, pour une période de trois ans; une année après avoir été perçues, ces sommes pourraient être versées dans une nouvelle caisse de développement. Si l'on détenait ces sommes pendant une période de trois ans, on pourrait en arriver à une situation selon laquelle il serait plus avantageux pour les provinces de ne pas se conformer immédiatement aux dispositions de la loi.

Nous estimons que la loi comporte une restriction inutile portant sur le remboursement des médecins et des dentistes. Il faudrait élargir la portée de cette disposition; elle devrait viser une plus grande variété de services de santé.

Enfin, même si le projet de loi comporte une nouveauté, un préambule utile qui souligne la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens, il est malheureux que l'on ne fasse pas plus état des organismes bénévoles dans les autres parties du projet de loi. Nous sommes d'avis que le projet de loi devrait encourager les organismes bénévoles à participer à la planification et à l'évaluation du système de santé, tant au niveau local que national. Depuis quelque temps déjà, on parle de la création d'un conseil national de la santé, ou on discute de divers modèles de secrétariats nationaux qui représenteraient non seulement le secteur du bénévolat, mais aussi le secteur public. Nous tenons simplement à signaler encore une fois notre appui à ce genre de concept.

Monsieur le président, je devrais peut-être mettre fin à ma déclaration. Merci beaucoup.

Le président: Merci beaucoup. Mademoiselle MacDonald, voulez-vous ouvrir la période de questions?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président; je remercie les représentants du Conseil canadien de développement social d'avoir accepté notre invitation à comparaître. Le conseil a abordé la question d'un angle très intéressant qui, à mon avis, correspond aux commentaires que bon nombre d'entre nous ont faits au sujet de ce projet de loi: nous aurions aimé qu'il ait une portée plus vaste, qu'il ne mette pas l'accent uniquement sur les frais modérateurs et la surfacturation; nous aurions aimé qu'il étudie l'ensemble de la politique nationale en matière de soins de santé, la prévention de la maladie, et j'en passe.

Dans votre exposé, vous avez parlé d'une question qui m'intéresse: les tribunes, ou les réunions qui ont été organisées. Pour mieux nous situer, pourriez-vous nous donner de plus amples renseignements sur ces réunions? De combien de rencontres s'agit-il? Où ont-elles eu lieu? Quels secteurs visent-elles? À votre avis, la participation à ces réunions témoigne-t-elle d'un grand intérêt de la part du public?

[Text]

Ms Eschauzier: The forums began in Vancouver. They have been held in Vancouver, Calgary, Thunder Bay, Saint John, New Brunswick, Winnipeg and Regina. There are more scheduled throughout Quebec. Something more in the Atlantic region over the next few months.

• 0925

There has been a good turnout, I would say, to this kind of event, up to 80 people. Some of the forums have varied in their processes. Some have been afternoon sessions; others have run for two days. But generally, between 50 and 80 people have attended each.

They have been representative of the broad group mentioned in our comments. Some put perhaps a little more emphasis on certain professions, such as the nursing profession in one case. That really would be the only case. Other than that, consumer groups, in fact, co-sponsored some of the forums. Senior citizens' groups were asked to speak. There were workshops held. There were panel presentations with open-floor discussion.

I think we could say there was a very dynamic kind of atmosphere in the forums. They were not confrontational, and of the many groups there together, there seemed to be a very open sharing of not only their ideas but also their concerns about their own positions, and a lot of suggestions coming forth from them.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Because this is the first representation we have had from witnesses appearing before us as to the consumer end of the health care system, could you tell me—because it is always a question—if the question of funding was discussed, whether or not people felt the costs overall of expenditures in the Canadian fiscal plan would have to be increased? We heard comments the other day, for instance, that the whole system was overfunded already, which some of us found a bit incredible. But I wonder if that issue was addressed, and if so, what sort of suggestions did people make?

Ms Eschauzier: The issue was in fact not addressed very much. There was one forum where there was a fair amount of discussion, but for all those who felt it was overfunded, there was probably an equal number who seemed to feel it was underfunded, and it was very much a point of discussion.

I think what came out of every forum, including the one where the funding issue came up, was more a matter of the efficient allocation of our resources. Whether it was overfunded or underfunded was not the point, but that we were not making the best use of the resources we have.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Hunsley, I think one of the comments you made was that what should be addressed in the planning of a comprehensive health care strategy are the connections between health care and social conditions. So often these are ignored. There is nothing in this

[Translation]

Mme Eschauzier: Les réunions ont d'abord été tenues à Vancouver. Il y en a eu à Vancouver, à Calgary, à Thunder Bay, à Saint-Jean (Nouveau-Brunswick), à Winnipeg et à Regina. D'autres réunions sont prévues au Québec. D'autres seront tenues au cours des prochains mois dans la région de l'Atlantique.

La participation a été bonne; je dirais que jusqu'à 80 personnes ont participé à ces réunions. Les réunions n'ont pas toutes suivi le même modèle. Certaines ont duré un après-midi; d'autres ont duré deux jours. Mais de façon générale, entre 50 et 80 personnes y ont participé.

Y participaient des représentants des groupes dont nous avons parlé. D'aucuns ont peut-être mis davantage l'accent sur certaines professions, par exemple les sciences infirmières dans un cas. Mais à vrai dire, cela n'est arrivé qu'une fois. Outre cette exception, des groupes de consommateurs ont organisé certaines des réunions. On a demandé à certains groupes de personnes âgées de prendre la parole. On a tenu des ateliers. On a prévu des tables rondes et des discussions avec l'auditoire.

On peut dire, je crois, que l'atmosphère des réunions était très dynamique. Il ne s'agissait pas de confrontation; les divers groupes semblaient partager de façon très ouverte non seulement leurs idées, mais également leurs préoccupations quant à leur propre situation; bon nombre de propositions ont été émises.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Puisqu'il s'agit du premier témoignage que nous entendons de la part de témoins qui représentant les consommateurs, pouvez-vous me dire, puisqu'il en est toujours question, si l'on a discuté du financement? Les gens estimaient-ils ou non qu'il faudrait augmenter la part des prélèvements qui est affectée au système? L'autre jour, on nous a dit que le système était déjà surfinancé; ces commentaires nous ont semblé incroyables. Mais je tiens à savoir si vous avez discuté de cette question et, dans l'affirmative, quelles propositions ont été avancées?

Mme Eschauzier: En fait, nous ne nous sommes pas beaucoup penchés sur cette question. Dans une des réunions, la question a soulevé beaucoup de discussions; mais pour tous ceux qui estimaient que le système était surfinancé, on comptait probablement un nombre égal de gens qui l'estimaient sous-financé; on a beaucoup débattu de cette question.

Ce que nous avons dégagé de chaque réunion, y compris celle où l'on a débattu de la question du financement, c'est qu'il faudrait procéder à une répartition efficace de nos ressources. Que le système soit sous-financé ou surfinancé importait peu: on se préoccupait surtout du fait que les ressources n'étaient pas utilisées à meilleur escient.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur Hunsley, vous avez dit, si je ne m'abuse, que dans la planification d'une stratégie globale, il faudrait tenir compte des rapports entre les soins de santé et les conditions sociales. Très souvent, on ne tient pas compte de ces rapports. De toute évidence, aucune

[Texte]

Bill, obviously, that comes anywhere near that. Perhaps it was not designed that way, although probably it should have been.

I wonder if you could elaborate on that, because I think this is something we overlook too often, and we do not fit the social conditions in an up-front way into the designing of a health care system. Could you just give us some further elaboration that would bring these two together more closely?

Mr. Hunsley: We know we have disparate kinds of information, some of it coming out from the Canada health survey, which was begun and then cut off a few years ago, and other kinds of information emerging from different kinds of research projects in various parts of the country, I suppose in some cases coming from surprising sources, maybe, because they are not coming out of the establishment of health care research so much.

We know, for example, that in Montreal your overall level of health and your mortality, your longevity and so on, will vary according to what part of the city you live in, clearly because of the different socio-economic conditions in various parts of the city and the region.

• 0930

We know statistically, through Statistics Canada, that if you are among the unemployed the chances of certain kinds of illness are much greater for you. We know that there are relationships in that way.

We know that there are major differences in the health status of different cultural groups. We know that the health status of native groups is absolutely deplorable in this country of many people. The mortality rates are much higher. The longevity of natives is much less.

We know that a variety of occupational conditions that affect people's health need to be addressed in any comprehensive health strategy. We know, for example, that two-thirds of the people who retire before the age of 65, at least based on 1975 data, do so because of ill health. We know, although it might not be reflected in worker's compensation legislation, that if a person is in many occupations for 20 or 30 years by the time they are 50 or 55 the chances are that for all intents and purposes they are effectively occupationally disabled or their health status is impugned

So we know that a variety of conditions exist that affect health, and we have had really 10 years of discussion of what can be done about this, but we have not had a lot of effective action.

Frankly, though, from what we know to what we do not know there is quite a large gulf. There are just so many things we do not know because of the lack of research on the status of people's health . . . and on not only how long they live but also how well they live while they are living. That is where a lot of information is missing.

[Traduction]

disposition de ce projet de loi n'aborde la question. Il n'a peut-être pas été conçu pour en tenir compte, bien qu'on aurait probablement dû le prévoir.

Pouvez-vous nous donner de plus amples renseignements à ce sujet? C'est une question sur laquelle nous ne nous penchons pas assez souvent, il me semble; l'élaboration d'un système de soins de santé ne tient pas compte des conditions sociales au départ. Pouvez-vous nous donner des éclaircissements qui établiraient un plus grand rapport entre ces deux questions?

M. Hunsley: Nous savons que nos renseignements proviennent de diverses sources; certains nous proviennent des résultats de l'Enquête santé Canada qui a été mise sur pied, puis supprimée, il y a quelques années; par ailleurs, d'autres renseignements nous proviennent de projets de recherche entrepris dans les diverses régions du pays; dans certains cas, les sources de renseignements pourraient étonner, puisque ceux-ci ne proviennent pas de recherches entreprises par les services de santé proprement dits.

Par exemple, nous savons qu'à Montréal, le niveau de santé, la mortalité, la longévité, etc., peuvent varier selon les quartiers; de toute évidence, cette situation est attribuable aux conditions socio-économiques différentes des diverses parties de la ville et de la région.

Grâce aux chiffres donnés par Statistique Canada, nous savons qu'un chômeur a de plus grandes chances d'attraper certaines maladies que d'autres. On a pu établir certains rapports de ce genre.

Nous savons qu'il existe des différences importantes dans l'état de santé de divers groupes culturels. Nous savons que l'état de santé des autochtones est tout à fait déplorable par rapport aux autres groupes de notre pays. Le taux de mortalité est beaucoup plus élevé chez les autochtones que chez les autres groupes. La longévité des autochtones est inférieure à celle des autres groupes.

Toute stratégie globale de la santé doit tenir compte, nous le savons, de la variété des maladies professionnelles qui minent la santé des travailleurs. Sur la foi des données de 1975, nous savons que les deux tiers des gens qui prennent leur retraite avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans le font pour des raisons de santé. Bien que la loi sur l'indemnisation des travailleurs n'en tienne peut-être pas compte, nous savons que les gens travaillant dans bon nombre de professions pendant 20 ou 30 ans peuvent souffrir d'incapacité liée à leur profession, ou être victimes de maladies professionnelles dès l'âge de 50 ou 55 ans.

Nous savons donc qu'il existe beaucoup de situations qui influent sur la santé; nous discutons depuis 10 ans déjà des mesures qui s'imposent; pourtant, peu de mesures efficaces ont été prises.

Par contre, il faut avouer qu'il y a un gouffre important entre ce que nous savons et ce que nous ne savons pas. Il y a tellement de choses que nous ignorons en raison de l'absence de recherches sur l'état de santé des gens; par cela, je n'entends pas seulement la longévité, mais également la qualité de vie.

[Text]

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): This will be my final question, Mr. Chairman.

I am a great believer in getting input from the general public in the formulation of any policy, and therefore I think the forums you have been holding are valuable for your own background, for your own information.

You have mentioned that there has been 10 years of looking at this. Nevertheless, I am sure you would not be surprised if I say that does not always come to the surface with regard to the political structures with other people who may have been looking at it.

While you look at this Bill as phase one only and want to go on further, what would be your response to a parliamentary committee doing the kind of public hearings and public information-gathering you have already alluded to? I say that coming from the experience that some of us have had in recent months of having served on the Pension Reform Task Force, which I think was a very valuable experience from the point of view of not only the people who served on it but also the way in which input was provided, which had never been done before to Members of Parliament.

So I would really like your view as to that next stage you hope will evolve and how it could be carried out. Would you see this being done in the way of a green paper or a white paper on health care being presented which would allow for the input not only of those already in the health care delivery system but also of the general public?

Mr. Hunsley: With the qualification that we think the Bill needs to be passed as stage one, I am always a great supporter of parliamentary committees, particularly those which function in a high-profile way, that get input from across the country, those that travel and get involved in the direct development of major policy issues such as this. I think it is a tremendous way to bring people out to have their views heard, not only here in Ottawa and in this building, but also out in the cities and villages where they live. Parliamentary committees can do that very, very well. I am not quite sure if you are asking us whether, as a mechanism, a white or a green paper is the way to go. I do not really know, but a public consultation process involving parliamentarians directly is, I think, an excellent way to go.

• 0935

The Chairman: One last question, Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I would like, really, to develop it a bit further. I am not satisfied at this point that we have enough information as to what the public is thinking. Neither do I think the public, overall, has yet been stimulated to look at the tremendous changes that have taken

[Translation]

Sur ce plan-là, les renseignements comportent de nombreuses lacunes.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, je pose une dernière question.

Je compte parmi ceux qui estiment qu'il est très important d'obtenir un apport du grand public dans la formulation de n'importe quelle politique; pour cette raison, les réunions que vous avez tenues vous ont probablement été très utiles et vous ont fourni beaucoup de renseignements.

Vous avez dit qu'on étudie cette question depuis 10 ans. Quoi qu'il en soit, je ne vous étonnerai pas en disant que cela n'est pas toujours évident, même si, compte tenu des structures politiques, d'autres personnes peuvent également avoir étudié la même question.

Vous considérez ce projet de loi comme une première étape; vous voulez aller plus loin; que diriez-vous si un comité parlementaire était chargé de tenir des réunions publiques pour recueillir des renseignements, comme vous l'avez fait? Si j'en parle, c'est qu'au cours des derniers mois, certains d'entre nous ont siégé au groupe de travail parlementaire sur la réforme des pensions; à mon avis, cette expérience a été très fructueuse, non seulement pour les gens qui y ont siégé, mais également parce qu'il s'agissait d'une façon d'encourager l'apport du public; auparavant, les députés n'avaient pas pu faire ce genre de travail.

J'aimerais donc savoir ce que devrait être la prochaine étape, à votre avis, et comment on pourrait y arriver. Faudrait-il rédiger un livre vert ou un livre blanc sur les soins de santé qui tiendrait compte non seulement des gens qui sont visés par le système de prestation des soins de santé, mais également du grand public?

M. Hunsley: Nous croyons que l'adoption du projet de loi constituerait une première étape; cela dit, j'ai toujours été un grand défenseur des comités parlementaires, surtout de ceux qui font beaucoup de réclame, qui traversent le pays pour recueillir des renseignements, qui se déplacent, qui s'intéressent directement à l'élaboration de politiques concernant des questions comme celle-ci. Je pense que c'est une merveilleuse façon de permettre aux gens de s'exprimer, pas seulement ici à Ottawa, dans ce bâtiment-ci, mais également dans les villes et les villages où ils habitent. Les comités parlementaires sont extrêmement bien placés pour y arriver très, très bien. Je ne sais pas vraiment si vous nous demandez d'opter pour une formule de livre vert ou de livre blanc. En fait, je l'ignore, mais un mécanisme de consultation populaire, avec la participation directe de parlementaires, serait, à mon avis, une excellente solution.

Le président: Une dernière question, mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Si cela ne vous dérange pas, j'aimerais approfondir encore un peu la question. Je ne suis pas vraiment persuadée que nous sachions suffisamment pour l'instant ce que pense la population. Je ne pense pas non plus que dans l'ensemble, elle ait été encouragée à

[Texte]

place, the breakthroughs that have been made in health care and what it means for the next 10, 20 years. I think this Bill looks at the here and now; I am thinking of what is happening down the road. There have been tremendous breakthroughs in reconstructive medicine, in ways of prolonging life. I do not think people have looked at what that is going to mean to them personally nor, indeed, at what the overall cost to the country is going to be.

I am thinking of some mechanism that allows for that kind of discussion—and people begin to think: I have to list priorities of where expenditures should be; if we are going that route, we have to recognize that we have to pay for it. What does that mean? That is the sort of discussion I would like to see take place. I do not believe we have really come to grips with that yet.

Mr. Hunsley: Absolutely. I think the interest of the public in health care is just beginning to surface. The extra-billing issue gave people something to come together around and discuss, but as to the interest in the health care system, we are, I think, just scratching the surface at this point.

I think it is probably also indicative of the lack of consensus on an issue such as funding, not only the lack of hard information on what is happening in funding trends, but the differing ways people envisage the system. What the components of that system are will clearly have an influence on whether or not we believe the system is underfunded now or not.

I guess the other thing is that, partly, the question of whether it is underfunded now is not so relevant; the question is: At what point in the future is it going to be underfunded? We have all kinds of indications of the increasing demand on health resources in the future. So even if we do not have to make hard decisions now on funding, whether it is underfunded or not, those decisions are going to come in the immediate future.

The Chairman: Thank you. I will go to Mr. Blaikie now.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would just like to follow up for a minute the occupational and the environmental aspects of phase two or phase three—wherever we would come to governmental action to develop a more comprehensive health policy, the kind of comprehensive policy that the witnesses this morning are calling for. It seems to me that almost everyone can agree that there needs to be this kind of change, or a broadening of the concept of health to include the occupational

[Traduction]

s'interroger sur l'évolution radicale qui a eu lieu, sur toutes les percées qui ont été enregistrées dans le domaine de la santé, et sur tout ce que cela signifie pour les dix ou vingt années à venir. Pour moi, le projet de loi est une mesure axée sur le contemporain; personnellement, je m'interroge sur l'avenir. Nous avons enregistré des percées extraordinaires dans le domaine de la médecine reconstructive, dans le domaine de la longévité, mais je ne pense pas que les gens se soient demandé ce que tout cela allait représenter pour eux, et je ne pense pas non plus qu'ils se soient demandé ce que tout cela allait coûter au pays.

Je pense ici à certains dispositifs qui permettraient d'en discuter d'une façon ou d'une autre, et de pousser les gens à y réfléchir: il faudrait que je fasse une liste de priorité des dépenses à consacrer à tous ces domaines; si nous choisissons cette solution, nous devons admettre que nous allons devoir payer la facture. Qu'est-ce que cela veut dire? C'est ce genre de discussion que j'aimerais voir entamer. Je ne pense pas que nous nous y soyons vraiment attachés pour l'instant.

M. Hunsley: Vous avez parfaitement raison. Je dirais personnellement que tout le domaine de la santé commence tout juste à effleurer l'attention de la population. Le problème de la surfacturation a été un élément qui a poussé les gens à se mobiliser et à discuter, mais pour ce qui est du système médico-hospitalier dans son ensemble, l'intérêt populaire commence seulement à s'éveiller.

Je dirais que cela témoigne probablement aussi du manque d'unité d'opinion à propos de problèmes comme le financement, et je ne pense pas seulement à l'insuffisance de données concrètes à propos de l'évolution des modes de financement, mais également aux différentes perspectives qu'ont les gens du système. Ce que sont en réalité les éléments constitutifs du système va certainement avoir une incidence très nette sur la conviction que nous avons, ou que nous n'avons pas, d'un éventuel sous-financement du système.

Dans un autre ordre d'idées, il y a également le fait que la question de savoir si le système est effectivement en manque de financement n'est pas vraiment importante; la question serait plutôt la suivante: à quel moment dans l'avenir le système va-t-il vraiment souffrir d'un manque de financement? Tous les éléments dont nous disposons nous signalent que, dans l'avenir, les ressources dans le domaine de la santé vont être de plus en plus mises à contribution, de sorte que, même si nous ne devons pas aujourd'hui prendre de décisions radicales à propos du financement du système, qu'il soit ou non insuffisamment financé, ce seront des décisions que nous allons obligatoirement devoir prendre dans un avenir immédiat.

Le président: Je vous remercie. La parole est maintenant à M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aimerais approfondir encore pendant quelques instants les aspects de la médecine au travail et de la médecine environnementale de la phase deux ou de la phase trois... l'intervention, à quelque niveau que ce soit, du gouvernement lorsqu'il s'agira de mettre en place une politique tous azimuts en matière de santé, le genre de politique d'ensemble que les témoins de ce matin semblent vouloir. Il me semble que pratiquement personne ne nierait la

[Text]

dimension and the environmental dimension. But as soon as you get down to actually doing something about it, you run into very fundamental ideological problems, which are not, in my view, often enough discussed. For instance, there is the whole question of what is called euphemistically, by many people, the investment climate. Many people say that if you require companies to pay attention to the occupational health and safety dimensions of the workplaces for which they have responsibility, this is a discouragement to investment, they will go elsewhere. The same applies when it comes to the environment. Indeed, that is what is happening in the world. Large corporations are playing one country off against the other with respect to their labour laws, with respect to their occupational health and safety laws, with respect to their environmental laws. So you have relocation, rather than having the cleaning up of industries and the development of the kinds of policies that you would like to see; you have countries which are not as politically able to demand these kinds of policy changes being taken advantage of and really having the process start all over again, where workers in another country can take 30 years to find out that something is damaging to their health. This, of course, all comes within the title of international free enterprise. I wonder at what point do these questions become more than social questions and become very big "P" political questions as to just how we are going to organize our economies.

• 0940

Mr. Hunsley: I do not think I can answer your last question very well, frankly. I might just point out though that most, in fact I think all, of our major social programs at one point in time were seen as a cost liability and that at another point in time became recognized not as an economic liability but actually as an economic plus. Things like workers' compensation were developed with the strong push of the business community in the 1920s and 1930s, and that was with a lot of healthy self-interest because it became evident that having that kind of social insurance program was to the benefit not only of the workers but of the industries themselves. It seems to me that at a certain point we would find out there are a lot of occupational health measures which do benefit both workers and the production process as well in the long run. But we do not have a lot of clear analysis of that at this point.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would have to agree with the witness on that point. If you take a look at history, it does not really matter what social advance you look at, there were always certain small "C" conservative voices who claimed that

[Translation]

nécessité d'un changement de ce genre, la nécessité d'un élargissement de la notion de santé, de manière à englober la médecine environnementale et la médecine au travail. En revanche, dès qu'on semble vouloir faire quelque chose à ce sujet, les problèmes idéologiques fondamentaux surgissent aussitôt, problèmes qui, à mon sens, ne sont pas assez souvent discutés. Il y a par exemple tout le problème de ce qu'on appelle souvent, non sans euphémisme, le climat d'investissement. Nombreux sont ceux qui vous diront que si nous exigeons des entreprises qu'elles s'occupent de la santé au travail et de l'hygiène des lieux de travail, ce dont elles sont responsables, cela revient à dissuader l'investissement et à encourager ces entreprises à aller ailleurs. Il en va de même pour l'environnement. Effectivement, c'est cela qu'on enregistre actuellement dans le monde. Les grosses entreprises poussent les pays les uns contre les autres en matière de législation ouvrière, de législation sur la sécurité et l'hygiène au travail et de législation sur l'environnement. À ce moment-là, au lieu d'un assainissement industriel, au lieu d'avoir de nouvelles politiques comme celles que nous voudrions voir, il y a simplement réimplantation: les pays qui, politiquement parlant, ne sont pas en mesure d'exiger ce genre de changement de politique sont exploités, et tout doit repartir à zéro; les travailleurs des nouveaux pays d'adoption de ces industries vont devoir attendre 30 ans encore avant de se rendre compte que leur santé est en jeu. Et bien sûr, cela se fait sous le couvert de la sacro-sainte libre entreprise internationale. Je me demande à quel moment tout cela pourra devenir plus que de simples questions sociales et se métamorphoser en questions politiques, avec un «p» majuscule, et quand nous pourrions organiser nos économies sous cette optique.

M. Hunsley: Bien franchement, je ne pense pas pouvoir reprendre d'une façon satisfaisante à votre dernière question. Je pourrais simplement vous signaler toutefois que la majorité, sinon la totalité de nos programmes sociaux, ont jadis, à un moment ou à un autre, été considérés comme un inévitable poste de dépenses, pour finir par être admis, non plus comme une nécessité économique, mais bien comme un atout économique. Prenez le cas, par exemple, de l'indemnisation des accidents du travail, qui a vu le jour au moment de la grosse expansion des milieux d'affaires, dans les années 20 et dans les années 30; cet avènement avait évidemment répondu à certains intérêts égoïstes, mais assez sains, dans la mesure où il était devenu parfaitement évident qu'un programme d'assurance sociale de ce genre servait l'intérêt non seulement des travailleurs, mais aussi des industries. Il me semble donc qu'à un moment donné, nous pourrions nous rendre compte qu'il y a toute une série de mesures relatives à l'hygiène et à la santé au travail qui pourraient être profitables tant aux travailleurs qu'à l'instrument de production lui-même à long terme. Mais pour l'instant, nous n'avons pas encore énormément analysé ce phénomène.

M. Blaikie: Monsieur le président, je serais tenté de me rallier à l'opinion du témoin à ce sujet. Indépendamment du genre de progrès social qui a été enregistré jusqu'à présent, une simple perspective historique nous montre qu'il y a toujours eu

[Texte]

the country would go broke if these kinds of advances... including, I might add, because I had an opportunity just this last week to read about some of the debates over the abolition of slavery, and the same argument was used at that point that the economy could not afford the abolition of slavery and those who advocated its abolition were not being realistic and lacked common sense.

Mr. Epp: A point of order. I understand in 1832 from Clapham Junction, Wilberforce and others were Conservatives.

Mr. Blaikie: Indeed, Mr. Chairman, and the people with whom they were fighting were also.

Could I ask the witnesses, Mr. Chairman, their view of...? They have been critical of the three-year period... so have I—and they called the penalties a mild deterrent. Are you saying, by calling it mild, that you do not think it will work? There has been quite a debate going on already. We have had one health economist who says it will not work and another who says it will work, or that this is the limit of what the federal government can do. I was wondering whether in your view you expect that the penalties as they now are will have the effect of getting rid of extra-billing and user fees, particularly in those provinces where it is almost a problem, for instance, Ontario and Alberta?

Mr. Hunsley: Well, I think that whether they do or not will not be an economic question but a political question, quite frankly, and that the major effect of the bill, as it is now, is to say formally at the national level that extra-billing and user charges are things that are not wanted in the Canadian health care system.

• 0945

I believe our approach would improve on what is suggested in the Bill because what we are doing is suggesting that there be a shift from the emphasis on a deterrent, although making the deterrent rather more immediately applicable—a bit of a shift from the emphasis on a deterrent to an emphasis on development, so that citizens in the country, rather than the provincial and federal governments arguing about it, are not just looking at whether their tax dollars are being held at the provincial level or at the federal level in someone's general revenue pot, but what they are seeing is a possibility that when their province complies with the proposed Act, they can start to have access to a fund to allow them to develop new community-based and preventive services. I think that is a much more important selling point, finally, than the deterrent.

Mr. Blaikie: You would like to see a kind of combination of penalties as well as positive incentives for those provinces which want to act quickly to get rid of extra-billing.

[Traduction]

des éléments conservateurs, avec un «c» minuscule, selon lesquels le pays risquait la faillite si ces progrès sociaux étaient consentis... y compris d'ailleurs l'abolition de l'esclavage, ajouterais-je, car j'ai eu l'occasion, pas plus tard que la semaine dernière, de relire certains débats sur le sujet, et encore une fois, le même argument avait été utilisé, à savoir que l'économie, à l'époque, ne pouvait pas se permettre l'abolition de l'esclavage et que les abolitionnistes manquaient de réalisme et de bon sens lorsqu'ils avançaient leur thèse.

M. Epp: Un rappel au Règlement, s'il vous plaît. Il me semble bien qu'en 1832, à Clapham Junction, Wilberforce et les autres étaient des conservateurs.

M. Blaikie: Effectivement, monsieur le président, et leurs adversaires l'étaient également.

J'aimerais, monsieur le président, demander aux témoins ce qu'ils pensent...? Ils ont en effet critiqué la période de trois ans—comme moi d'ailleurs—et ils ont dit que les sanctions ne seraient qu'un bien faible moyen de dissuasion. En disant cela, est-ce que vous pensez que ces sanctions ne donneront pas de résultat? On en a déjà énormément discuté. Nous avons entendu un spécialiste de l'économie des régimes médico-hospitaliers qui est venu nous dire qu'effectivement, ces sanctions ne donneraient pas de résultat; nous en avons également entendu un autre qui a affirmé le contraire et que, de toute façon, le gouvernement fédéral ne pouvait pas faire grand-chose de plus. Pensez-vous donc que les sanctions prévues dans le projet de loi nous permettront d'éliminer la surfacturation et les tickets modérateurs, notamment dans les provinces pour lesquelles ces deux éléments constituent d'ores et déjà pratiquement un problème, en l'occurrence en Ontario et en Alberta?

M. Hunsley: Pour être franc, je vous dirais qu'il ne s'agit pas d'une question économique, mais plutôt d'une question politique, et que le projet de loi, sous sa forme actuelle, aura surtout pour effet d'affirmer officiellement, sur le plan national, que la surfacturation et les tickets modérateurs sont deux éléments indésirables au sein du régime canadien d'assurance médico-hospitalière.

Je crois que notre approche améliorerait le projet de loi, dans la mesure où on mettrait moins l'accent sur la dissuasion—encore que celle-ci pourrait s'exercer de façon plus immédiate—mais plutôt sur le développement, de façon à ce que les Canadiens sachent, une fois résolue la dispute entre le gouvernement fédéral et les provinces pour savoir lequel des deux conservera l'argent de nos impôts dans ses recettes générales, que des ressources seront disponibles pour mettre en place des services préventifs et communautaires nouveaux dès lors que leur province respectera la nouvelle loi. Cela me paraît être un bien meilleur argument de vente que la dissuasion.

M. Blaikie: Vous souhaiteriez donc combiner les sanctions avec un stimulant positif pour ces provinces qui décideraient de supprimer rapidement la surfacturation.

[Text]

Mr. Hunsley: Absolutely. We are also suggesting that the cost-sharing formula that this sort of an approach might use might well differ according to the region of the country, and that is in recognition of the fact that the equalization payment system takes into account the differing tax base of different provincial governments but it does not take into account either differences in service needs or differences in the cost of provision in different areas.

The Chairman: Madam Killens.

Mrs. Killens: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Hunsley, I remember attending a meeting where you were a resource person, or a guest speaker. If I recall, the discussion centred around the fact that social policies are very closely linked to economic policies. We were discussing the Macdonald commission at the time and saying it was too bad that it was not at the same time looking at the social policies so that we could come up with something global.

To go back to what Miss MacDonald and my colleague from the NDP said, I am very interested in what the people at the base around the country are thinking, so your forums were a place to get that information. At the same time, I am looking at the future needs of our country. We are all prepared to improve the Bill, especially when you look at the future and the changing situation and the aging population and so on—and I know you are somewhat of an expert in that field.

When you were speaking, I took note of three points. You said you see this as a commitment to phase one and that the government should table a comprehensive policy. Do you have any clear thinking on that? Can you elaborate?

Mr. Hunsley: Yes. We have always taken the position that policies begin with social values at one point rather than with expressions of economics, I suppose, so that the national health policy begins with the social values of Canadians in the kind of system they want and then the various programs, spending and planning and other kinds of programs and resources, not only of the health care system but of all of the public systems in the country, are required to comply, support, and encourage the development of those objectives. So we would see that a comprehensive health policy would set long-range objectives for the level of the kinds of service and the actual objectives for health of Canadians and then the requirement would be placed on those programs to show that they are contributing toward those kinds of objectives.

It is significant that an exercise has just been completed in Quebec by the *Conseil canadien de développement social*, looking at health for the next 10 years, and one of the basic conclusions of that exercise was that government in general has tended to meet objectives it sets, but in areas where it does not set clear objectives, it does not meet them. In fact, it not only does not meet them, but it also does not make progress. We have been very reluctant to set objectives in the health field as far as the general health level of Canadians is concerned. So I would indeed see that we would set very clear objectives and then ensure that all systems work towards

[Translation]

M. Hunsley: Absolument. Nous disons aussi que la formule de partage du coût, dans une telle approche, pourrait bien différer selon les régions, sachant que les paiements de péréquation tiennent compte des différences dans l'assiette fiscale des provinces, mais non pas des différences entre les besoins sanitaires ni des différences dans le coût de la fourniture des services de santé dans les différentes régions.

Le président: Madame Killens.

Mme Killens: Merci, monsieur le président.

Monsieur Hunsley, je me souviens avoir assisté à une réunion où vous étiez l'un des conférenciers. Si je me souviens bien, le débat tournait autour du fait que les politiques sociales sont liées très étroitement aux politiques économiques. On y discutait de la Commission Macdonald et on déplorait que celle-ci ne s'attache pas en même temps aux politiques sociales, de façon à pouvoir dégager quelque chose de global.

Pour revenir à ce que disaient M^{lle} MacDonald et mon collègue du NPD, je m'intéresse beaucoup à ce que l'on pense à la base dans notre pays, et les débats que vous avez organisés permettent de le déterminer. En même temps, il faut bien songer aux besoins futurs. Nous sommes tous disposés à améliorer le bill, notamment à la lumière des besoins futurs, de l'évolution de la situation, du vieillissement de la population, etc., et je sais que vous êtes en quelque sorte un expert dans ce domaine.

J'ai noté dans votre déclaration trois points intéressants. Vous dites que ce projet de loi doit être la première de plusieurs phases et que le gouvernement devrait formuler une politique globale. Pourriez-vous nous faire partager votre pensée de façon un peu plus précise là-dessus?

M. Hunsley: Oui. Nous avons toujours considéré que les points de départ des grandes orientations gouvernementales sont des valeurs sociales plutôt que des considérations économiques, c'est-à-dire que la politique nationale de la santé repose sur les valeurs sociales des Canadiens, à savoir sur leurs grandes aspirations, et que les divers programmes, les moyens de mise en oeuvre et les ressources doivent contribuer à la réalisation de ces objectifs, et ce, non seulement dans le domaine de la santé, mais dans tout le domaine social. Nous souhaitons donc qu'une politique globale en matière de santé définisse des objectifs à long terme concernant le niveau de service, et des objectifs en matière d'hygiène des Canadiens, et que, sur cette base, on façonne les programmes de façon à ce qu'ils concourent à la réalisation de ces objectifs.

À cet égard, les résultats d'une étude qui vient d'être menée par le Conseil canadien de développement social, au Québec, sur les besoins en matière de santé dans la décennie à venir concluent justement que lorsque le gouvernement se fixe des objectifs, il les atteint, mais que lorsqu'il se fixe des objectifs qui ne sont pas clairs, il ne les atteint pas. Non seulement il ne les atteint pas, mais il ne progresse même pas. On s'est montré très, très réticent à fixer des objectifs en ce qui concerne le niveau général de santé des Canadiens. Je souhaite donc que l'on définisse des objectifs très clairs et que l'on fasse ensuite en sorte que tous les systèmes contribuent à leur réalisation. Il

[Texte]

attaining them. It is not only the health care field We could say that employment policy, for example, has a major effect on the health care system.

• 0950

Our organization has been suggesting for several years that we could make much much better use of our job creation funds by moving them from short-term, make-work projects into an extension of community services on a longer term basis, providing real jobs where they are needed for people who are otherwise staying on social assistance or unemployment insurance at a net cost that is much greater to the government. It is just an example. I do not presume to have a full strategy that I could lay out for you. I would indeed see it as something which sets long-range objectives, which ensures access, not only to health care, but to the process of planning and implementing and evaluating that health care by all the various sectors of the country.

Mrs. Killens: When Mademoiselle Joanne gave us the result of the forums that you held, if I understood right, the people seemed to express the wish that we would have a high-quality health system, but also a very effective one. In your experience, do you feel that the system is now effective?

Ms Eschauzier: I do not think the system is as effective as it could be. I think there are very wide disparities within the system. There are large groups of people who perhaps in subtle ways—maybe not so subtle to them but to others—do not find the system accessible. I think it is a system that creates dependency rather than responsibility, not only individual responsibility, but for society... more social responsibility. I think if it could generate those kinds of things, it would be a much more effective system.

Mr. Hunsley: We know there is under-utilization of a variety of health resources. The nurses association has been pointing this out for a long time. It is not limited to nurses as a professional group either. There are a variety of health professions which are under-utilized in the system and which are cheaper than physician services and so on. We under-utilize our public health system, I think, in the country quite dramatically. It is one of the systems that has proven itself, particularly in a lot of rural areas, to have a tremendously broad kind of application, but we do not concentrate on promoting that throughout the country. We under-utilize a lot of the services available in schools as part of the educational system, that are not a part of long-term institutional costs but are a part of long-term preventive services and preventive programs. So there certainly are areas that are under-utilized and under-effective.

Mrs. Killens: On your second point, when you said: "Who pays what? We need information", right away came to my mind the jurisdiction problem between the provinces and the federal government and the constitutional right that is being claimed right now by Quebec over the Health Act. I wonder-

[Traduction]

ne s'agit pas simplement du domaine de la santé. Nous pourrions dire, par exemple, que la politique d'emploi a un effet important sur le régime des soins de santé.

Nous disons dans notre organisation, depuis plusieurs années, que nous pourrions faire une bien meilleure utilisation de nos fonds pour la création d'emplois en déplaçant les projets créateurs d'emplois à court terme vers une extension des services communautaires à plus long terme. On créerait de cette façon des emplois réels là où il en faut pour des gens qui, autrement, reçoivent toujours des prestations de bien-être social ou d'assurance-chômage, ce qui coûte très cher au gouvernement. Ce n'est qu'un exemple. Je ne prétends pas vous offrir une stratégie globale. Je verrais cela comme un système qui établit les objectifs à long terme, qui garantit l'accès non seulement aux soins de santé, mais au processus de planification, de mise en vigueur et d'évaluation des soins de santé par les divers secteurs du pays.

Mme Killens: Lorsque M^{lle} Joanne nous a parlé des résultats des réunions que vous avez tenues, je crois avoir compris que les gens souhaitent que nous ayons un régime de santé de grande qualité, mais également un régime qui serait très efficace. D'après votre expérience, croyez-vous que le régime que nous avons actuellement soit efficace?

Mme Eschauzier: Je ne crois pas qu'il le soit autant qu'il pourrait l'être. Il comporte de très grandes disparités. Des groupes importants de personnes, de façon subtile—pas tellement subtile pour eux, mais pour les autres peut-être—ne sont pas d'avis que le régime est accessible. À mon avis, le régime crée une dépendance plutôt qu'une responsabilité, non seulement une responsabilité individuelle, mais envers la société—autrement dit, une responsabilité plus sociale. Si le régime pouvait offrir ce genre de chose, il serait beaucoup plus efficace.

M. Hunsley: Nous savons qu'il y a sous-utilisation des diverses ressources de santé. Les associations d'infirmières le soulignent depuis fort longtemps. Ce n'est pas restreint aux infirmières en tant que groupe professionnel non plus. Diverses professions de la santé sont également sous-utilisées dans le régime, bien qu'elles soient moins coûteuses que les services de médecins, par exemple. À mon avis, nous sous-utilisons sérieusement notre régime de santé public au pays. C'est un régime qui s'est révélé très efficace, surtout dans un grand nombre de secteurs ruraux, puisqu'il s'applique de façon très étendue; cependant, nous n'essayons pas vraiment de le promouvoir partout au pays. Nous sous-utilisons énormément les services offerts dans les écoles comme faisant partie du système d'éducation, qui ne font pas partie des coûts institutionnels à long terme, mais plutôt des services et des programmes préventifs à long terme. Il est de toute évidence des secteurs qui sont sous-utilisés et peu efficaces.

Mme Killens: Au sujet de votre deuxième question, où vous avez demandé: «Qui paie? Il nous faut ces renseignements», il me vient immédiatement à l'esprit le problème de compétence qui se pose entre les provinces et le gouvernement fédéral, et le droit constitutionnel qu'invoque présentement le Québec au

[Text]

ing whether you see any way out of that. Do you have any suggestion how we can improve those negotiations?

Mr. Hunsley: I do. I have two. One is that I think there has to be recognition by federal and provincial governments that federal and provincial problems do not transcend federal and provincial legislatures, and in some cases, I think, that is happening. Neither legislature is able to be accountable to its public because of the interface between the two.

Secondly, and maybe a little bit more specifically, my understanding is that the constitution requires the federal government to provide information to Canadians on the industrial and social conditions in the country. That responsibility is carried through into the Canadian Statistics Act. Under that act the federal government has clear jurisdiction over information on social conditions including the health status of Canadians.

• 0955

In fact, I guess the health and welfare act is also subsidiary in one way to the Statistics Canada Act in respect of health and welfare statistics, and I believe that it is not really a federal-provincial issue. The federal-provincial issue is a financial one and it is a technical one; but, on the question of whether the federal government has a right to information and to make that available to the Parliament and to the public, I do not think there is any doubt, at least in my mind, about that.

Mrs. Killens: In your point three you speak of innovations and investment into improvement of the health system. Does that mean research? Did I understand right when you said that should be shared cost? If it was shared cost it would be something very new; we have never before heard of the provinces paying half of research. Did I understand right?

Mr. Hunsley: We were suggesting that the shared cost was going into innovations and service developments, and that could very well, in some areas, be research. I would not be suggesting this in relation to medical research generally by any means. In fact, there are a number of precedents of shared cost research, particularly in relation to home care services and home support services and things of this nature, which are cost-shared fairly often even still under the Canada Assistance Plan and which may have been shared cost under other programs in the past.

I think that to the extent we are talking about research in this field it is more one of research and development and it is related to the delivery and the interface of probably more social and health care systems. A lot of the relationships between funding and the effectiveness of community services have in fact been proven through research. We are not at the stage of not knowing where to go with a lot of our health service programs. In many cases we do know where to go. It is

[Translation]

sujet de la Loi canadienne sur la santé. Je me demande si vous connaissez un moyen de s'en sortir. Avez-vous des suggestions sur la façon dont nous pourrions améliorer ces négociations?

M. Hunsley: J'en ai. J'en ai deux. Il faudra tout d'abord que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux reconnaissent que les problèmes fédéraux et provinciaux ne vont pas au delà des limites des assemblées législatives provinciales et fédérale, ce qui se produit dans certains cas, à mon avis. Ni l'une ni l'autre des assemblées législatives ne peut être comptable envers son public à cause des liens entre les deux.

Deuxièmement, pour être un peu plus précis, je crois comprendre que la constitution exige que le gouvernement fédéral informe les Canadiens quant aux conditions industrielles et sociales qui existent dans le pays. Cette responsabilité se retrouve dans la Loi canadienne sur la statistique. En vertu de cette loi, le gouvernement fédéral a une compétence évidente sur toute information concernant les conditions sociales, y compris l'état de santé des Canadiens.

En réalité, j'imagine que la loi sur la santé et le bien-être est, d'une certaine façon, le complément de la Loi sur la statistique pour ce qui est des statistiques concernant la santé et le bien-être social. Je ne crois pas vraiment qu'il s'agisse d'une question fédérale-provinciale. La question fédérale-provinciale est financière et technique, mais il n'y a aucun doute dans mon esprit quant à savoir si le gouvernement fédéral a un droit à l'information et le pouvoir de transmettre celle-ci au Parlement et au public.

Mme Killens: Dans votre troisième question, vous parlez d'innovation et d'investissement pour améliorer le régime de santé. Voulez-vous parler de la recherche? Ai-je bien compris lorsque vous avez déclaré que les coûts devraient être partagés? S'ils l'étaient, ce serait quelque chose de tout à fait nouveau; nous n'avons jamais entendu dire auparavant que les provinces devaient payer la moitié des coûts de recherche. Ai-je bien compris?

M. Hunsley: Nous avons proposé des coûts partagés pour les innovations et l'expansion des services, et ce pourrait bien être, à certains endroits, pour la recherche. Je ne veux pas du tout parler, ce faisant, de recherche médicale. En réalité, il existe un certain nombre de précédents où les coûts sont partagés pour la recherche, surtout en rapport avec les soins à domicile et les services d'appoint pour ces derniers soins, ou autres choses du genre, qui, très souvent, font l'objet de coûts partagés, encore maintenant, en vertu du Régime d'assistance publique du Canada et aussi dans le cas d'autres programmes, par le passé.

Dans la mesure où nous discutons de recherche dans ce domaine, je dirais qu'il s'agit davantage de recherche et de développement liés à l'offre et à la liaison d'un plus grand nombre de régimes de santé et de régimes sociaux probablement. On a pu, bien des fois, prouver qu'il y avait un rapport entre le financement et l'efficacité des services communautaires, grâce à la recherche. Nous n'en sommes plus au point où nous ne savons pas où aller pour un grand nombre de nos

[Texte]

a matter of how you wedge enough money out of that institutional field somehow to get the impetus to develop the new services. That is not speaking in detriment of the institutional field. It is just that once you have an institution constructed you clearly have to run it and it deteriorates as rapidly as anything else, I guess.

The Chairman: One more question, Mrs. Killens.

Mrs. Killens: No, I am finished. *Merci.*

The Chairman: That is all for now?

Mrs. Killens: Yes.

The Chairman: I might just inform the committee that our next witnesses, the Canadian Public Health Association, have been delayed by some airplane transportation problems. They hoped to be here by about 10.30 a.m.; they might get here earlier. I am in your hands, but I know we do have two or three questioners still to hear from now. Perhaps we could see at the end of the usual questioning period or when the questions are exhausted just how we want to react. We have the Canadian Nurses Association with us this afternoon and we agreed earlier to adjourn by 11.00 a.m. to follow the debate in the House of Commons on foreign affairs and the peace issue and that sort of thing, but I suggest we go on just for another few minutes and we will see how things develop.

Dr. Halliday, on that point.

Mr. Halliday: May I speak to that point of order that you have raised?

The Chairman: Yes.

Mr. Halliday: I was going to raise this if you had not. I think it is unfair to have witnesses such as we have today with an important message to get across not be given long enough that... well, particularly that they can have a chance to answer the questions of all members of the committee if the members have questions. We have heard from only three so far in virtually an hour, and I do not think it is fair to those members of the committee who might like to ask questions and cannot.

It seems to me that the reason why Miss MacDonald raises the need for these special committees and Mr. Hunsley supports that idea is partly because these standing committees are useless because we do not give our witnesses time to be heard adequately; nor do we give the MPs time to ask the kinds of questions they want to ask. I think if our witnesses today are from the Ottawa region, as I suspect they are, we should plan to have them back before we finish our hearings.

The Chairman: Mr. Lachance.

Mr. Lachance: I do not think the problem exists in this very case because we have another half hour to put questions to

[Traduction]

programmes de services de santé. Dans de nombreux cas, nous savons exactement où nous allons. Il s'agit de savoir comment soutirer de l'argent du domaine institutionnel pour donner l'impulsion qu'il faut afin de mettre au point les nouveaux services. Je ne veux pas dire que ce doit être au détriment du domaine institutionnel. Je dis plutôt qu'une fois qu'une institution est construite, il faut de toute évidence l'administrer, et j'imagine qu'elle se détériore aussi rapidement que toute autre chose.

Le président: Une autre question, madame Killens.

Mme Killens: Non, j'ai terminé. *Thank you.*

Le président: Vous avez terminé pour l'instant?

Mme Killens: Oui.

Le président: Permettez-moi d'informer les membres du Comité que nos prochains témoins seront les représentants de l'Association canadienne d'hygiène publique, que des problèmes d'avion ont retardés. Ils espéraient arriver à 10h30; ils seront ici peut-être plus tôt. Je vous laisse le soin de décider, mais je sais que nous avons encore deux ou trois intervenants à entendre. Nous verrons peut-être après la période de questions, ou lorsque vous n'aurez plus de questions, ce qu'il faudra faire. Nous accueillerons cet après-midi l'Association des infirmières canadiennes, et nous avons convenu plus tôt d'ajourner vers 11 heures, pour assister au débat, à la Chambre des communes, sur les affaires étrangères et la question de la paix, mais je vous propose de poursuivre pendant quelques minutes, et nous verrons ensuite comment les choses s'annoncent.

Docteur Halliday, vous avez quelque chose à ce sujet.

M. Halliday: Puis-je prendre la parole au sujet du rappel au Règlement que vous avez soulevé?

Le président: Oui.

M. Halliday: J'allais soulever ce point si vous ne l'aviez fait. À mon avis, ce n'est pas juste de ne pas donner suffisamment de temps à des témoins comme ceux que nous avons aujourd'hui, qui viennent nous livrer un message important... surtout qu'ils auraient l'occasion de répondre aux questions que tous les membres du Comité pourraient leur poser. Nous n'avons entendu que trois intervenants en une heure à peu près; je ne crois pas que ce soit juste pour les membres du Comité qui veulent peut-être poser des questions.

Je crois que la raison pour laquelle M^{lle} MacDonald a parlé du besoin de ces comités spéciaux et M. Hunsley a appuyé cette idée, c'est que, en partie, les comités permanents sont inutiles, étant donné que nous ne donnons pas aux témoins l'occasion d'être entendus convenablement; nous ne donnons pas non plus aux députés suffisamment de temps pour poser les questions qu'ils voudraient poser. Si nos témoins d'aujourd'hui viennent d'Ottawa, et j'ai l'impression que c'est le cas, nous pourrions prévoir de les faire revenir avant que nous ne terminions nos audiences.

Le président: Monsieur Lachance.

M. Lachance: Je ne crois pas que le problème se pose dans ce cas-ci, étant donné que nous avons encore une demi-heure

[Text]

those witnesses here. So I think from that point of view there is no problem.

• 1000

From the point of view of the next group of witnesses, I do think half an hour is a very short time, of course, to have a chance to pick their minds. Maybe the chairman, at his discretion, could either overlap some of the time this afternoon and then extend some of the sitting this afternoon—because we can have a two-hour sitting this afternoon, 3.30 p.m. to 5.30 p.m.—or decide, at his discretion with proper consultation, what he shall do with the next witness. But I do not think there is any problem with those.

The Chairman: Yes. Dr. Halliday, I think you would agree that, to date anyway, the questioning for the hearings we have had so far has been exhaustive and has been as long as people wanted to question. I am not saying we will be able to do that with every group in the future, and maybe some members will have to take turns in questioning after the lead speakers because of the sheer numbers of people and groups who want to attend, but to date, I think you would agree there has been no particular problem.

My suggestion, of course, right now is to carry on. Dr. Halliday, you are the next questioner.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I too want to welcome our witnesses today and to say we enjoyed the testimony we have had so far.

I wonder if I could go back to one of the early issues Mr. Hunsley addressed, and that was the health forums. I have been interested in what has been going on in the country, and you described part of it for us. Could you tell me if your involvement in the health forums had any association or connection with the Canadian Health Coalition or names such as that in the various provinces?

Mr. Hunsley: The Canadian Health Coalition and the provincial health coalitions.

Mr. Halliday: Yes.

Mr. Hunsley: They were not co-sponsored or in any way co-organized, although I think at all the forums, if I am right, representatives of the provincial health coalitions were invited to participate, as well as representatives of the provincial medical associations and the nurses' associations and so on. I think it is fair to say that in most cases they certainly were represented.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I wonder if Mr. Hunsley could tell us the exact source of funds they received? I understood him to say there was some funding from somewhere.

Mr. Hunsley: Yes, indeed.

Mr. Halliday: Could you tell us exactly where it came from?

[Translation]

pour poser nos questions aux témoins. De ce point de vue-là, il ne me semble pas qu'il y ait de difficulté.

Pour notre prochain groupe de témoins, je crois qu'une demi-heure, c'est extrêmement court, n'est-ce pas, pour nous fournir l'occasion de profiter de leurs lumières. Peut-être le président, à sa discrétion, pourrait-il soit prendre une partie du temps, cet après-midi, et prolonger ensuite la séance de cet après-midi, puisque nous avons une réunion de deux heures cet après-midi, de 15h30 à 17h30—soit décider, à sa discrétion, suite aux consultations d'usage, ce qu'il fera du prochain témoin. Néanmoins, je ne crois pas que ceux-ci présentent de problème.

Le président: Oui. Docteur Halliday, je crois que vous conviendrez que jusqu'à présent du moins, au cours des séances jusqu'à présent, les questions ont été exhaustives, et chacun a eu tout le temps qu'il voulait pour interroger les témoins. Je ne dis pas que nous pourrions faire la même chose avec chaque groupe à l'avenir, et peut-être faudra-t-il que certains membres du Comité posent des questions à tour de rôle, après les principaux intervenants de chaque parti, à cause tout simplement du nombre de témoins et de groupes qui veulent comparaître, mais jusqu'à présent, je crois que vous admettez qu'il n'y a eu aucun problème particulier.

Je proposerais bien sûr de commencer tout de suite. Docteur Halliday, vous êtes le suivant.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je tiens à souhaiter la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui et à leur dire que leur témoignage, jusqu'à présent, nous a plu.

Nous pourrions peut-être revenir à l'une des questions précédentes soulevées par M. Hunsley, les coalitions sur la santé. Ce qui se passe au pays m'intéresse, et vous nous avez donné des détails à ce sujet. Pouvez-vous me dire si votre participation aux coalitions sur la santé était associée ou liée à la Coalition canadienne de la santé ou à des organismes semblables dans les diverses provinces?

M. Hunsley: La Coalition canadienne de la santé et les coalitions provinciales.

M. Halliday: Oui.

M. Hunsley: Elles n'étaient pas co-parrainées, ou le moins co-organisées, bien qu'à toutes les rencontres, je crois, sauf erreur, on avait invité des représentants des coalitions provinciales à participer, ainsi que des représentants des associations provinciales de médecins et d'infirmières, etc. Je crois qu'il est juste de dire que dans la plupart des cas, ils étaient certainement représentés.

M. Halliday: Monsieur le président, je me demande si M. Hunsley pourrait nous dire exactement d'où provient l'argent qu'ils reçoivent. J'ai cru l'entendre dire qu'ils recevaient du financement.

M. Hunsley: Oui, certainement.

M. Halliday: Pourriez-vous nous dire exactement sa provenance?

[Texte]

Mr. Hunsley: Yes. Our out-of-pocket expenses were covered by a grant from Health and Welfare.

Mr. Halliday: Under what program?

Mr. Hunsley: Under the Community Health Forum Program. I might just say that covered about 35%, roughly, of the total cost of organizing and carrying out the forums. The rest of the cost was financed by ourselves out of our own core budget.

Mr. Halliday: Could Mr. Hunsley tell us how the CCSD became aware of the availability of funds under the Community Health Forum Program? How did you become aware of that? Was it by a news release, by a telephone call, a letter or . . . ?

Mr. Hunsley: I am not just sure. It was not by a news release, I know. I think it was probably by an official in the Department of Health and Welfare who made us aware of the fact that this . . . In fact, I think at one point we were told the department was hoping to get funds to support this, so we wrote to the Minister and inquired whether or not funding was available. So at that time, we were not aware there was a program. We simply heard there might be some funds available for this purpose.

Mr. Halliday: You might be surprised to know MPs were not aware, either, that there was such a program available and that funds were available. I was just wondering how you happened to find out. Obviously, somebody tipped you off.

Mr. Hunsley: Yes. Well, we have a continuing liaison with a number of federal departments, so I am not sure how it actually came about.

Mr. Blaikie: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, MPs were notified. A thing went around to every office telling people about this program.

The Chairman: That was my understanding, Mr. Blaikie, but perhaps Dr. Halliday did not get one.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, thank you very much. That is one of my problems. On November 3, Mr. Chairman, I asked the Minister about that very question, and she said . . . I am quoting from *Hansard*, page 28682, where she said:

If the honourable member did not receive any documents, I will make sure he has them as soon as I return to my office.

It is now over three months later, and I still do not have them.

• 1005

I see some young ladies here who may very well come from the Minister's office, and I hope that maybe—I have sat

[Traduction]

M. Hunsley: Oui. Nos dépenses directes ont été couvertes par une subvention du ministère de la Santé et du Bien-être social.

M. Halliday: Dans le cadre de quel programme?

M. Hunsley: Dans le cadre du programme de santé communautaire. J'ajouterai que cette subvention a couvert environ 35 p. 100 de l'ensemble des dépenses afférentes à l'organisation et à la tenue des réunions. Nous avons financé nous-mêmes le reste des dépenses, à même notre propre budget.

M. Halliday: M. Hunsley pourrait-il nous dire comment le C.C.D.S. a eu vent que des subventions étaient disponibles dans le cadre du programme de santé communautaire? Comment en a-t-il eu connaissance? Y a-t-il eu un communiqué de presse, un appel téléphonique, une lettre, ou . . . ?

M. Hunsley: Je n'en suis pas certain. Il ne s'agissait pas d'un communiqué de presse, cela je le sais. Je crois que c'est probablement un des fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social qui nous a mis au courant que . . . En fait, je crois qu'on nous a dit que le ministère espérait obtenir des crédits afin d'appuyer cette initiative, et donc, nous avons écrit au ministre pour demander s'il y avait ou non du financement. Nous ne savions donc pas, à ce moment-là, qu'il y avait un programme. Nous avons simplement entendu dire qu'il y aurait peut-être de l'argent disponible à cette fin.

M. Halliday: Cela vous surprendra peut-être d'apprendre que les députés n'étaient pas non plus au courant qu'un tel programme existait et que des crédits étaient disponibles. Je me demandais donc simplement comment il s'est trouvé que vous étiez au courant. Manifestement, quelqu'un vous a mis au courant.

M. Hunsley: Oui. Nous sommes constamment en liaison avec plusieurs ministères fédéraux, et donc, je ne sais pas au juste comme cela s'est fait en réalité.

M. Blaikie: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, les députés ont été avertis. On a envoyé un avis à tous les bureaux pour nous informer de ce programme.

Le président: C'est ce que je pensais, monsieur Blaikie, mais peut-être le Dr Halliday n'en a-t-il pas reçu.

M. Halliday: Monsieur le président, merci beaucoup. C'est là un de mes problèmes. Le 3 novembre, monsieur le président, j'ai demandé au ministre ce qu'il en était justement, et elle m'a répondu . . . Et je cite le *Hansard*, page 28682, où elle dit:

Si le député n'a reçu aucun document, je vais lui en faire envoyer dès que je retournerai à mon bureau.

Il s'est déjà écoulé plus de trois mois, et je n'ai toujours rien reçu.

Je vois ici des jeunes femmes qui viennent fort probablement du bureau du ministre, et j'ose espérer que peut-être—j'ai été bien tranquille, très patient, j'ai attendu ces documents, et je

[Text]

quietly, patiently, waiting to get these documents, and I still have not got them. Maybe we will get them yet; I do not know.

Mr. Epp: I think they are performing an operation on them right now.

The Chairman: I think, Doctor, perhaps your representations have been heard by people in this room.

Mr. Halliday: I was very pleased to hear Mr. Hunsley say they were encouraged by the Canadian Medical Association to appear before this committee. I happen to be a member of that association, and it pleased me to think my association is prepared—and encourages groups of all dimensions, whether they are professional groups or consumer groups, to be heard here.

I am delighted to hear that you indeed were encouraged to appear here by them, and obviously you have taken up their suggestion.

It was mentioned by either yourself or by your colleague with you, and I quote:

The ultimate responsibility rests with the individual in relation to the provision of their health care.

I of course feel very strongly that in this country we have built a lot of what we have on that very fundamental basis: that there is an individual responsibility that each Canadian must assume, one of which is in connection with his health care. I am wondering to what extent you see that as being an important consideration and why that is not an important consideration in terms of financing. Given the fact that a small percentage of Canadians have difficulty financing themselves, why do you feel that the total financial responsibility should be taken away from the individual for his health care and lumped into some amorphous thing known as taxes? How does that develop the individual? How does it make him more responsible and a better citizen if you take away that responsibility, as we tend to do in so many other areas?

Mr. Hunsley: I do not know if I could respond in a brief manner, I suppose, to the reasoning for providing health care services as an open, accessible kind of system, except to say that our reference earlier to the dramatic differences in health and health status depending on where one is in the country, what one's income is, what one's cultural background is, how long one has been a resident in the country, and how well we know our communities and our services and things of that nature—how well we get along and interact with professional people and so on makes a tremendous difference in our use of health resources. I do not think necessarily paying for a resource out of pocket makes one really any wiser or more effective a consumer of that resource.

Moreover, we do know that most of the effect of consumption of health services does not really rest with the consumer at this time. The effective level of consumption of services rests with the providers, primarily. They are the ones who make the decisions about the level and quantity of services.

[Translation]

ne les ai toujours pas. Peut-être que je finirai par les avoir; je n'en sais rien.

M. Epp: Je crois que l'on y travaille actuellement.

Le président: Je crois, docteur, que les gens dans cette salle ont peut-être entendu vos plaintes.

M. Halliday: J'ai été très heureux de vous entendre dire que l'Association médicale canadienne vous avait encouragé à comparaître devant nous. Il se trouve que je suis membre de cette association, et je suis heureux de penser que mon association est disposée—encourage les groupes de tous genres, qu'il s'agisse de groupes de professionnels ou de groupes de consommateurs, à se faire entendre ici.

Je suis enchanté d'apprendre que c'est l'association qui vous a encouragé à comparaître et manifestement, vous avez suivi ses suggestions.

Vous avez dit, ou votre collègue qui vous accompagne a dit, et je cite:

En dernière analyse, c'est à l'individu que revient la responsabilité de se procurer des soins de santé.

Pour ma part, bien sûr, je crois très fermement que dans ce pays, nous avons construit une grande part de ce que nous avons sur le principe que chaque Canadien doit assumer une responsabilité individuelle, notamment en matière de ses soins de santé. Je me demande jusqu'à quel point vous estimez cet aspect important et pourquoi ce ne serait pas une considération importante au niveau du financement. Compte tenu qu'un petit pourcentage de Canadiens éprouve du mal à se financer, pourquoi estimez-vous que l'on doit soulager l'individu de l'entière responsabilité financière pour ses soins de santé et tout mettre sous la rubrique imprécise des impôts? Comment cette façon de procéder permet-elle la formation de l'individu? Comment cela le rend-il plus responsable et meilleur citoyen, si vous lui retirez cette responsabilité, comme nous avons tendance à le faire dans un si grand nombre d'autres domaines?

M. Hunsley: Je ne peux répondre au raisonnement qui veut faire des services de santé un régime ouvert et accessible, sauf pour répéter une fois de plus qu'il y a une différence énorme dans la santé, le statut dans le régime de santé et l'utilisation des ressources de santé selon le lieu d'habitation, le revenu, les antécédents culturels, la durée de résidence au pays, la connaissance des localités et des services qui y sont offerts, etc., et nos relations avec les professionnels de la santé. Je ne crois pas qu'il faille nécessairement payer de sa poche pour être plus sage ou devenir un consommateur plus efficace de cette ressource.

En outre, nous savons que dans une grande mesure, la consommation de services de santé ne dépend pas en réalité du consommateur à l'heure actuelle. La consommation efficace de ces services découle d'abord du fournisseur. Ce sont les fournisseurs qui prennent des décisions quant au niveau et à la quantité de services.

[Texte]

I can really only, I suppose, relate an experience of yesterday. I guess I am as committed to anyone in Ontario to going to doctors who do not extra-bill. It happened that yesterday I was at my family physician's and was being referred to a specialist. Even in that context of being committed personally to the concept of staying within OHIP in Ontario, and being a pretty cheap individual anyway, I was quite anxious to be referred to a doctor who did not extra-bill. Still, the exchange between my doctor and myself was really quite an awkward one, because I was saying, well, of the people you want to refer me to, is there someone who is not going to bill me extra? Then it became the question, well, there was one in the city, and that person was in Centretown and there was not really any parking down there and this sort of thing. I would walk, I guess, if I had to. But I do not find that there is anything necessarily inherently wise about paying out of pocket for services that one generally, in many, many cases, simply cannot afford. Moreover, to do when you are ill, it is rather more difficult to do it when you are well. If we have people who have to make the payments when they are ill then they are clearly being asked to do it at a time that they are at a disadvantage.

• 1010

Mr. Halliday: Mr. Chairman, Mr. Hunsley has led up to the next question I wanted to get into because it relates to my beginning as well. I am using his words. He said he, he personally was committed to the concept of no extra-billing, that he preferred to see a physician who did not extra-bill.

I want to ask Mr. Hunsley, if I may, along with getting a view from him and his colleague on what was obtained in these forums that he spoke of previously . . . I am surprised that a man of Mr. Hunsley's training and education and wisdom would identify out of three different things, the three things being whether a physician extra-billed; whether or not he would do the best job for him for what he needed; whether or not that same doctor was readily accessible. What I am talking about is the financial component, I am talking about ready accessibility physically—you know, can you get to see the guy—and, thirdly, what kind of medicine does he practice for the needs that you have? The one thing you identified as being the most important was whether he was going to charge you \$5 extra or \$10 extra. Now, to me, if Canadians have the feeling that what is important about health care is whether or not you have to pay an extra \$5 or \$10, I am appalled. I think if you go out to the people and ask them what they really want in their health care, the first thing they want is probably accessibility when they need it; and, secondly, I think they want to get good care. If you give them an option of some second-rate care, they are going to opt for the good care and they are going to be willing to pay that \$5 or \$10 extra. Now I wonder whether Mr. Hunsley really means that over and above the ready accessibility, and over and above quality of care, he really prefers to have a doctor who will not charge him an extra \$1, or \$5 or \$10.

Mr. Hunsley: You know, I did not ask my doctor whether this person who was in OHIP was not a well qualified physi-

[Traduction]

Je ne peux en fait, je suppose, que vous parler d'une expérience que j'ai eue hier. Je suppose que je suis aussi engagé que quiconque en Ontario à aller voir des médecins qui ne font pas de surfacturation. Il se trouve qu'hier, j'étais chez mon médecin de famille et qu'il m'a référé à un spécialiste. Étant personnellement acquis à l'idée de rester dans la CASO en Ontario, et étant de toute façon assez regardant, je tenais beaucoup à être référé à un médecin qui ne faisait pas de surfacturation. Toutefois, l'échange de propos entre mon médecin et moi-même était quand même assez délicat, car en fait, je disais: parmi ceux à qui vous voulez me renvoyer, y a-t-il quelqu'un qui ne va pas me faire payer en supplément? On en est ensuite venu à discuter du fait qu'il y en avait un en ville, au centre-ville, qu'il n'y avait pas vraiment de stationnement en ville et ce genre de chose. J'aurais pu marcher s'il le fallait. Quoi qu'il en soit, je ne trouve pas qu'il soit nécessairement sage de payer de sa poche pour des services que d'une façon générale, dans de nombreux nombreux cas, on ne peut tout simplement pas se permettre. D'ailleurs, il est plus difficile de le faire quand on est malade que quand cela va bien. Si l'on exige des assurés qu'ils versent des paiements lorsqu'ils sont malades, on leur demande une chose difficile au moment même où ils sont dans une situation difficile.

M. Halliday: Monsieur le président, M. Hunsley vient de jeter les bases de la question suivante qui se rapporte à mes remarques antérieures. Pour reprendre ses propres paroles, il a déclaré qu'il s'oppose catégoriquement à la surfacturation et qu'il préfère voir les médecins qui ne l'imposaient pas.

Si vous me permettez, je voudrais obtenir de M. Hunsley et de sa collègue un aperçu des résultats des séminaires qu'il a mentionnés tout à l'heure. Je me suis étonné qu'un homme avec la formation, l'instruction et la sagesse de M. Hunsley ait retenu les trois questions suivantes: Est-ce que le médecin concerné impose une surfacturation? Est-ce qu'il fait le meilleur travail possible? Est-ce que ce même médecin est accessible? Par là, je veux dire qu'il faut se demander si le médecin est accessible, si on arrive à le voir et dans quel domaine de la médecine il se spécialise. Pour vous, l'élément le plus important est de savoir si le médecin va demander 5\$ ou 10\$ en sus des frais remboursables. Or, si l'on me disait que tout ce qui importe aux Canadiens, c'est de devoir payer 5\$ ou 10\$ de plus, eh bien, je serais consterné. J'estime que si l'on s'adressait directement à la population pour lui demander ce qu'elle attend d'un service de soins de santé, elle mettrait en tête de liste l'accessibilité le cas échéant. La qualité des soins viendrait au deuxième rang. Si vous leur donnez le choix, les assurés opteraient pour des soins de qualité quitte à payer 5\$ ou 10\$ de plus. Or, je me demande si M. Hunsley croit sincèrement que c'est le fait qu'un médecin ne demande pas 1\$, 5\$ ou 10\$ de plus qui prime plutôt que le fait qu'il soit d'accès facile et qu'il offre des soins de qualité.

M. Hunsley: Vous savez, je n'ai pas demandé à mon médecin si la personne qui souscrivait au Régime d'assurance

[Text]

cian. Maybe I should have. I frankly have not been aware of any distinction in quality of services of people who charge more or less.

Mr. Halliday: And you are talking about health care to us?

Mr. Hunsley: I do not think there is a proven relationship between the quality of services between those people who extra-bill and those who do not, at this point in time. Certainly I have never heard anything, even of the Ontario Medical Association's making that kind of distinction. So I guess I have a little bit of difficulty with that point.

One point which, I think, is relevant that you have referred to, though in relation to cost of service, is that I do believe people should be made aware of the cost of services they receive, not necessarily to pay it right at that particular time, but they should be made aware of the cost of those services. They should be given access to exercising their responsibility and their independence in the health care system. I do not really think paying for that out of pocket is an exercise in that independence of the system.

Mr. Halliday: Since this bill deals mainly with one aspect of funding and one very narrow aspect, namely, the extra-billing aspect, obviously in coming to the conclusions you have today, I presume you have done some studies and research and reading into what goes on around the world. Probably we can learn from other places how we can learn from mistakes they have made. I wonder whether you can cite some examples from other countries where they have probably been involved in publicly sponsored health care for many more years than we have. Are there some other countries where they are now financing their health care system in a way that we should try to imitate and follow and, if not, I wonder why they are not. Is our system going to be a unique system in the world and, if so, why do you think it is going to work and the other ones have not worked? That is what I am after. I am after some kind of comparison with where we are now, where we have been in the last 10 years, what this bill is going to do that is different, and what are the examples in the world that indicate this is going to be successful?

• 1015

Mr. Hunsley: I do not think I am the right person to quote examples from other countries. I might say though that in October I was involved in a United Nations meeting on the future of the welfare state, and in the United Nations context certainly the health care system is very much a component of that.

The meeting took place in Austria, and we had the opportunity to question at some length Austrian officials. I do not know a lot of details about the Austrian system by any means, but I do know that Austria is rather more advanced than Canada in the aging of its population and that the whole institutional bulge of long-term care and things of this nature are a much more present problem there than it is here, and yet the Minister of Social Affairs for Austria was saying that in the country the funding, the willingness of the public to fund these programs had never waived. They are not into that sort

[Translation]

médicale de l'Ontario était un médecin compétent. J'aurais peut-être dû. Mais je vous dis en toute sincérité que je n'ai pas constaté de différence de qualité entre les services offerts par ceux qui surfacturent et ceux qui ne le font pas.

M. Halliday: Et vous venez nous parler des soins de santé?

M. Hunsley: À ce que je sache, il n'y a pas de lien prouvé entre la qualité des services offerts par les médecins qui surfacturent et celle des services de médecins qui ne surfacturent pas. Du moins, pour le moment. Je n'en ai jamais entendu parler. Même l'Association médicale de l'Ontario ne fait pas le rapport, donc j'accepte difficilement cette prémisse.

Vous avez fait remarquer un élément très pertinent ici. Il s'agit des frais de services. A mon sens, on devrait prévenir les clients des coûts de prestation des services qu'ils reçoivent. Il n'est pas forcé qu'ils paient la facture sur le champ, mais ils devraient au moins en être prévenus. On devrait leur accorder la possibilité de faire preuve d'indépendance et d'exercer une responsabilité en ce qui concerne les services de soins de santé. En ce sens, je ne crois pas qu'un client qui en est de sa poche fasse preuve d'indépendance par rapport au système.

M. Halliday: Étant donné que ce projet de loi porte sur un aspect extrêmement précis du financement, à savoir, la surfacturation, je prends pour acquis que les conclusions dont vous nous avez fait part aujourd'hui découlent d'études, de recherches et de lectures sur les systèmes qui existent dans le monde. Nous pourrions peut-être apprendre des erreurs des autres. Pourriez-vous citer quelques exemples de pays où les systèmes de soins de santé publics existent depuis beaucoup plus longtemps qu'au Canada. Existe-t-il des méthodes de financement de soins de santé qui devraient nous servir d'exemple? Sinon, pourquoi? Notre système, serait-il unique au monde et, si oui, qu'est-ce qui le ferait réussir alors que les autres ont échoué? Voilà le but de mon intervention. Est-ce que ce projet de loi servira à améliorer la situation dans laquelle nous vivons maintenant, dans laquelle nous vivons depuis 10 ans et quels sont les systèmes au monde qui vous laissent croire qu'il va réussir?

M. Hunsley: Je ne crois pas être en mesure de citer les exemples tirés des expériences d'autres pays. Toutefois, en octobre, j'ai participé à une réunion parrainée par les Nations Unies portant sur l'avenir de l'État providence. Dans le contexte de cet organisme, les systèmes de soins de santé ont certainement leur rôle à jouer.

La réunion a eu lieu en Autriche et nous avons eu l'occasion d'interroger longuement des fonctionnaires autrichiens. J'ignore les tenants et les aboutissants du système dans ce pays, mais je peux néanmoins vous dire que dans le domaine du vieillissement et des soins à long terme, l'Autriche est beaucoup plus avancée que le Canada. Il semble que cette question nous pose beaucoup plus de problèmes qu'elle n'en pose en Autriche actuellement. Pourtant, le ministre des Affaires sociales de ce pays expliquait que la volonté de la population de financer ces programmes n'a jamais fait défaut.

[*Texte*]

of extra-billing system, but the program had always been a popular program in terms of the population.

Now, I do not think that really answers the kind of question you are getting at, but it seems that the extent to which people feel ownership for a social program and feel they have a control or feel they have a role in that . . . and of course, as you know, in Austria most of the social programs are planned by kind of a tripartite system of business, labour and government—and the extent to which that kind of ownership exists, reflects very much on the willingness of the population to pick up the costs. A comparison of the costs I cannot give you in relation to a per capita.

The Chairman: Mr. Marceau.

M. Marceau: Merci, monsieur le président.

Vous nous avez présenté un excellent mémoire.⁶¹ La plupart des points que vous avez exposés sont justifiables, je pense.

Je voudrais quand même vous poser une question qui, pour moi, est importante. Elle concerne la qualité des services. Avez-vous l'impression, comme on l'entend assez souvent dire, que la qualité des services a sensiblement diminué? Et si cette qualité des services a diminué, est-ce uniquement parce que les médecins considèrent qu'ils n'ont pas l'argent nécessaire pour rendre les services ou parce que la population a des exigences trop grandes quant à la qualité des services?

Mr. Hunsley: I think firstly the people in the forums were not suggesting there is any diminution of the quality of service they are receiving from their physicians, and I frankly do not think there is a public reaction against physicians, in the sense of people who see them, that the quality of service has been reduced. Whether the expectations of a continuing quality of service are too high I really think still rests on what one envisages as the type of service. If we feel we are going to maintain the kinds of expenditures and services that are given to us as life-prolonging services in the final year or years of our lives at the cost of those kinds of services, perhaps our expectations may be too high. But I think what was coming out of the forums, more than a dissatisfaction with the service received, was a feeling that the services could be made more accessible, as Dr. Halliday suggests, through other service delivery methods, and more appropriate ones in many respects, through the use of better resources or the more appropriate use of the allocation of the resources that we have.

• 1020

M. Marceau: Cela m'amène à vous poser une seconde question, délicate elle aussi. D'après les remarques que vous entendez, ou d'après votre expérience, croyez-vous qu'il y a des abus dans le système? Y a-t-il vraiment des abus? On entend souvent dire qu'il y a des gens qui abusent, qui se rendent à l'hôpital pour toutes sortes de raisons. Ce n'est pas une opinion que je suis prêt à partager. Vous vivez dans le milieu et vous rencontrez de nombreuses personnes. Constatez-vous de véritables abus qui pourraient être corrigés? Est-ce que les

[*Traduction*]

Ils n'ont pas tendance à accepter la surfacturation en général, mais leur programme a toujours été très populaire aux yeux du public.

Je ne crois pas avoir répondu précisément à votre question. Cependant, il semble que lorsque la population sent qu'elle est propriétaire d'un programme social et qu'elle peut le contrôler ou au moins jouer un rôle dans sa mise en oeuvre—comme vous le savez, la plupart des programmes à vocation sociale en Autriche sont planifiés par un groupe tripartite composé du patronat, du milieu ouvrier et du gouvernement. La mesure dans laquelle la population sent qu'elle est propriétaire des programmes sociaux est reflétée par sa volonté de prendre les frais à sa charge. Malheureusement, je ne pourrais pas faire une comparaison des coûts par personne.

Le président: Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman.

Your brief is excellent. Most of your points are justified, in my opinion.

However, I do have a question in mind, one which I feel is important. It concerns quality of service. It has often been said that the quality of service has gone downhill. Is this your feeling? If so, is this solely attributable to the fact that doctors feel they do not have the money necessary to deliver the services or is it because the public has too high expectations of the quality of service?

M. Hunsley: D'abord, je ne crois pas que dans les séminaires en question on ait voulu dire que la qualité des services offerts par les médecins avait diminué. Je crois sincèrement que ce ne sont pas les médecins qui sont visés par la réaction populaire mais, plutôt, la qualité des services. Quant à savoir si l'on attend trop des services offerts à l'heure actuelle, je crois que tout dépend des attitudes des particuliers. Si l'on croit qu'il faut maintenir les dépenses et les services à perpétuité, jusqu'à la dernière année de sa vie, je dirais que l'on attend peut-être trop. Mais ce que ces rencontres ont révélé, c'est beaucoup plus qu'une simple dissatisfaction vis-à-vis du service fourni, c'est le sentiment que les services pourraient être plus accessibles, comme le Dr Halliday l'a dit, par des méthodes de prestation autres et plus appropriées à bien des égards, par de meilleures ressources ou par une meilleure affectation des ressources dont nous disposons actuellement.

Mr. Marceau: That leads me to ask a second question which is also somewhat delicate. Based on the comments you hear, or on your own first-hand experience, do you believe that the system is abused? Do such abuses really exist? We are often told that people do abuse the system by going to the hospital for all sorts of reasons. Personally, this is not a view which I share. But you are part of this community and you meet a lot of people. Are you aware of many cases of abuse which could be corrected? Do people sometimes use the system without

[Text]

gens utilisent parfois le système sans être conscients des coûts que cela représente pour la population dans son ensemble?

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): If everybody spoke as clearly as you do! It is great; it really is *superbe*.

Mr. Hunsley: Now I have forgotten.

An Hon. Member: Not used to being so clear.

Mr. Hunsley: I think we can only answer from the consumer community perspective, which is that there is no indication, from what we are aware of, that consumers abuse the system. We do not think they have that much control over the use of the system. We do not particularly get involved in research to determine whether physicians abuse the system, so I cannot really respond to that.

I think, though, many people do receive services without knowing the value and cost of them. I know that Quebec does, or at least did up until recently, provide information to individuals on the cost of the services they receive. I am not aware, though, whether there are other provinces that do that. British Columbia, I think, did for a short time and I think discontinued it. I would venture to guess that the majority of people in the country receive services without knowing what the actual costs of those services are.

M. Marceau: Je voudrais également vous poser une question au sujet de l'augmentation des coûts.

Évidemment, dans le milieu dans lequel vous vivez, vous prônez de meilleurs services ainsi que l'accessibilité aux services. Je pense que c'est normal. Cependant, considérez-vous qu'il y a des limites à l'augmentation?

M. Hunsley: À l'augmentation des coûts?

M. Marceau: Oui, à l'augmentation des coûts. Considérez-vous qu'on peut indéfiniment les augmenter parce que c'est une priorité absolue? Autrement dit, croyez-vous qu'en toutes circonstances, on doit augmenter et trouver les fonds, ou si vous avez établi un plafond pour les dépenses en soins de santé?

Mr. Hunsley: I think the limits one might have to place at some point in time are not on the amount of the funds that go into the system but maybe on the type of service that one may expect. I think we may well see the day when have to look at those kinds of limits. As far as the amount of money that goes into the purchase of services is concerned, it depends really on the value we place on those services as time goes by. There were certainly times in the past when we would not have thought of paying the amount of money we do for gasoline, but we do.

M. Marceau: Ce sera ma dernière question, monsieur le président.

Vous avez fait une suggestion très intéressante et très valable quant à l'ignorance de la population au sujet des coûts des services de santé. Seriez-vous d'accord que des fonds soient consacrés à la publicité pour expliquer à la population ce que

[Translation]

being aware of the cost that this unnecessary use represents for the population as a whole?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Si tout le monde parlait aussi clairement que vous! C'est merveilleux; c'est vraiment superbe.

M. Hunsley: Maintenant j'ai oublié ce que j'allais dire.

Une voix: Nous n'avons pas l'habitude d'autant de clarté.

M. Hunsley: Nous ne pouvons vous répondre que du point de vue des consommateurs, et pour autant que nous sachions, il n'y a aucune indication d'abus du système par les consommateurs. D'ailleurs, nous ne croyons pas qu'ils aient quelques contrôles que ce soit sur l'utilisation du système. Comme nous n'avons pas participé à des recherches pour déterminer si les médecins abusent du système, je ne peux pas vraiment répondre à cet aspect de votre question.

Par contre, je crois que beaucoup de gens reçoivent des services sans être conscients ni de leur valeur ni de leurs coûts. Je sais que la province de Québec, jusqu'à tout récemment, donnait de l'information aux habitants sur le coût des services qu'ils reçoivent. J'ignore si d'autres provinces en font autant. Je crois que la Colombie-Britannique l'a fait pendant quelque temps, mais ne le fait plus. J'ai tendance à croire que la majorité des habitants du Canada reçoivent des services sans en savoir le coût réel.

Mr. Marceau: I would like to ask you a question regarding increased costs.

In the community of which you are a part, you obviously advocate better services and increased access to these services. This is perfectly normal. However, do you feel that there are limits to increases?

Mr. Hunsley: To increases in costs?

Mr. Marceau: Yes, to increases in costs. Do you think we can go on indefinitely increasing costs because it is an absolute priority? In other words, do you believe that no matter what the circumstances, we must continue to increase and find the necessary funding, or have you established a ceiling for health care expenditures?

M. Hunsley: Je crois que la seule limitation qu'on pourrait peut-être imposer à un moment donné s'appliquerait non aux fonds qui permettent le fonctionnement du système, mais plutôt au type de services qu'on peut s'attendre à recevoir. Je pense que le jour vient où nous allons devoir envisager l'imposition de ce genre de limites un de ces jours. Quant aux montants que nous devons payer pour acheter de tels services, tout dépend de la valeur que nous leur accordons. Par le passé, je suis sûr que nous n'aurions jamais pensé à payer tant d'argent pour acheter de l'essence, mais maintenant nous le payons.

Mr. Marceau: This will be my last question, Mr. Chairman.

You made a very interesting and valid suggestion with respect to the general population's lack of awareness of the costs of health services. Would you agree that it would be useful to spend money on advertising in order to make the

[Texte]

coûtent véritablement les services de santé? Est-ce que vous iriez jusqu'à nous demander d'investir des fonds au lieu de simplement donner quelques renseignements ici et là? Est-ce que vous croyez que ce serait justifié? Selon vous, est-ce que cela pourrait avoir une influence sur l'utilisation des soins de santé?

• 1025

Mr. Hunsley: Taking your last question first, again with our present system it is hard to envisage the kind of influence the knowledge of cost would really have on the consumer if they do not control that much of the consumption, which is not to say it is not a valuable idea to make people aware of the costs of services. I think absolutely it is a useful and a valuable thing to do. I would suggest that we not only make them aware of the costs of services but we make people aware of the conditions that affect their health, and a variety of other kinds of information, including the resources of the health care system that may be available to them.

At this point in time one has only one or two points of entry to the health care system, and for advice and information as to what options are available to them, one is limited, generally speaking I suppose, to one's doctor. Whether this public information that you are referring to might provide people with more information about the other resources and options and so on in the system itself, I think would be a very useful thing to do.

Mr. Marceau: Thank you.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Could I just ask one question in between? I would like to ask Mr. Hunsley or Joanne: In your forums did you have any representations from families of persons who were in chronic care homes, where they had to pay a certain fee over and beyond what they might be able to pay out of Old Age Pension and Guaranteed Income Supplements, and how that was affecting the family income which was supporting them?

Ms Eschauzier: I am not aware of any direct representation to that effect. I am aware of senior citizens' groups who were presented who talked about the need for more involvement of families in the care of the elderly, and also their concern about the plight of the elderly in receiving care.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): The point I was getting at was not so much those who are in hospitals, or even their income, but the burden this might place on the family to pay a continuing fee, how widespread that is and what particular kinds of families it might affect. It is information I am trying to gather. I am looking at all sorts. Thank you.

The Acting Chairman (Mr. Lang): Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

[Traduction]

public aware of the real cost of health services? Would you go as far as to ask us to invest money, rather than simply providing information in a haphazard fashion? Do you believe such spending would be justified? Do you feel it could have an effect on future use of health services?

M. Hunsley: Pour répondre d'abord à votre dernière question, encore une fois, étant donné notre système, il est difficile de savoir si une meilleure connaissance chez les consommateurs aurait une incidence quelconque sur le recours au service, puisque celui-ci n'est pas contrôlé par les consommateurs—il n'empêche pas c'est une idée très valable pour que les gens soient plus conscients des coûts des services. Il n'y a pas de doute que ce serait très utile et très valable. D'ailleurs, je crois qu'il y aurait lieu de les renseigner non seulement sur le coût des services, mais sur les conditions qui influent sur leur santé, ainsi que sur toutes sortes d'autres questions, y compris les ressources du système d'assurance-santé dont ils peuvent se prévaloir.

En ce moment, il n'y a qu'une ou deux façons d'avoir accès au système d'assurance-santé, et je suppose qu'il faut généralement recourir à son médecin pour obtenir des renseignements ou des conseils. Dans la mesure où de tels renseignements pourraient permettre au public d'être plus au courant des ressources et des possibilités qui existent à l'intérieur du système, il me semble que ce serait extrêmement utile.

M. Marceau: Merci.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Pourrais-je poser une petite question? Elle s'adresse soit à M. Hunsley, soit à Joanne: dans vos consultations, avez-vous reçu de familles de malades chroniques hospitalisés, qui sont obligés de payer des frais, en plus de ce qu'ils paient à partir de leur pension de vieillesse et du supplément de revenu garanti, des instances quant à l'incidence de ces paiements supplémentaires sur le revenu familial?

Mme Eschauzier: Je ne crois pas que nous ayons reçu des instances de ce genre. Je sais que certains groupes de personnes âgées nous ont dit qu'il faudrait que les familles elles-mêmes soignent davantage les vieilles personnes et qu'elles soient plus conscientes de la situation des personnes âgées qui reçoivent de tels soins.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): En fait, ce n'est pas vraiment la situation des malades hospitalisés ou même le revenu qui m'intéresse, autant que le fardeau imposé à la famille qui doit payer des frais supplémentaires; je voulais savoir si ce problème est très courant et quelles sont les familles qui en sont le plus touchées. J'essaie de recueillir ce genre de renseignements. J'examine toutes sortes de choses différentes. Merci.

Le président suppléant (M. Lang): Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

[Text]

Mr. Hunsley: Excuse me, Mr. Epp. I would just say that I would be happy to try to see whether we have information of that nature and pass on whatever I find.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. Mr. Hunsley, I have a number of points I would like to pursue with you, but I think one caution has to be voiced. I think all of us are willing to learn from the experiences of other countries, and West Germany and Austria. I think you probably saw me shaking my head rather vigorously when you made a comment . . .

Mr. Hunsley: I noticed I did not have total agreement on that.

Mr. Epp: —and I want to explain that.

While we can learn from other systems, and I think it is important obviously that we do, I think on the other hand we should not feel that what is working in one system is therefore that component is transferrable to another system and all other components are left out.

Mr. Hunsley: Absolutely, yes.

Mr. Epp: I just wanted to give you an example of that just to make sure that the record shows that we understand that.

For instance, in West Germany and Austria, the systems are very similar, and I am fairly familiar with them, largely because of a number of people I know who are Canadians are in that system, and possibly because of some linguistic background. In West Germany, and similarly in Austria, they have had a system going back to the 1870s in West Germany. They have what they call a *Krankenversicherung*, and that is, I guess, what we would call a sickness fund, or a sickness stipend; and that is very high. Even before you can get into it, you are panelled as to whether or not you are not a great enough risk. There is a waiting period.

Now, we do not have those kinds of systems here. Granted, when people move from one province to another there is sometimes a waiting period, but they are still covered by the province of their former residence. But some of those costs are well over \$1,000. Well over \$1,000 in Canadian funds right now per family. So I think it is not quite fair to say there is not a problem there of extra-billing when they have quite another system of funding. They also then combine that in with their trade negotiations and that is another component. The only reason I was shaking my head so vigorously was because I do not think you can take one component and say it works there, therefore, if we transfer it here it will work the same way. I think we have to be careful about that.

I think the other point I have to make very quickly, Mr. Hunsley, is in terms of the forums. You mentioned your disquiet about them. I think the only reason you are involved in some controversy is not the forums per se, or whether

[Translation]

M. Hunsley: Excusez-moi, monsieur Epp. Je voulais simplement préciser que je me ferais un plaisir de voir si nous avons des renseignements de ce genre et de vous les transmettre.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Monsieur Hunsley, il y a plusieurs points que je voudrais soulever, mais d'abord, je voudrais formuler une mise en garde. Je crois que nous voulons tous profiter des expériences d'autres pays, surtout de l'Allemagne de l'Ouest et de l'Autriche. Vous m'avez probablement vu hocher vigoureusement la tête en signe de refus lorsque vous avez fait une certaine observation . . .

M. Hunsley: J'ai remarqué que vous n'étiez pas tout à fait d'accord avec moi.

M. Epp: . . . et je voudrais vous expliquer mon point de vue.

Bien que nous puissions profiter des expériences d'autres systèmes, et je crois qu'il est important de le faire, nous ne devrions pas croire qu'un élément d'un autre système qui fonctionne bien peut être intégré au nôtre, sans les autres éléments.

M. Hunsley: Oui, vous avez tout à fait raison.

M. Epp: Je voudrais simplement illustrer mon point de vue pour les besoins du procès-verbal.

En Allemagne de l'Ouest et en Autriche, par exemple, les systèmes sont très similaires—et je les connais assez bien, dans une large mesure, grâce aux Canadiens que je connais et qui y ont déjà eu recours, et peut-être grâce à mes antécédents linguistiques aussi. En Allemagne de l'Ouest comme en Autriche, le système remonte à 1870. Ils ont ce qu'ils appellent un *Krankenversicherung*, c'est-à-dire un fonds de maladie, ou une allocation de maladie, qui est extrêmement élevé. Avant de pouvoir l'obtenir, on évalue votre situation pour voir si vous êtes une personne à haut risque ou non. Il y a une période d'attente, bien sûr.

Eh bien, nous n'avons pas ce genre de système au Canada. Je conviens que lorsque vous vous établissez dans une nouvelle province, vous êtes parfois soumis à une période d'attente; cependant, vous êtes toujours assurés par la province où vous étiez auparavant domicilié. Mais ces coûts dépassent parfois de beaucoup les 1,000\$ par famille actuellement. Il n'est donc pas tout à fait juste de dire que cette province-là ne connaît pas de problème de surfacturation, puisque son système de financement est tout à fait autre. Ces considérations sont également incluses lors de leurs négociations salariales, ce qui constitue un élément de plus. Si je hochais de la tête si vigoureusement, c'est tout simplement qu'il est impossible de mettre le doigt sur un élément qui donne de bons résultats dans une province et de décréter que si on l'applique également ailleurs, les résultats seront aussi bons. Il faut faire bien attention à cela.

Je voulais également parler très brièvement de ces séminaires qui semblaient vous troubler, monsieur Hunsley. La controverse ne tient pas aux réunions elles-mêmes, ni au fait que vos membres aient été bien informés ou non. Les parle-

[Texte]

members were informed or not. There is obviously a parliamentary question of whether or not public monies can be used to promote a bill prior to that bill having even been tabled in the House of Commons. I think that was as much a concern as the other side and I think we can actually leave that.

What I would like to get into and I can appreciate it . . . I do not know if you share the frustration I have, but the frustration is this: You use words and I have used words—I am as guilty as you are . . . words such as, a long-range health care strategy, innovation, community health, there is a whole range of verbiage we all use and we almost start sounding a little bit like experts. My question to you is what method have you found that can take these concepts that are real but nebulous to the public? What kind of an education process have you found that works in terms of getting the public to understand that investments in these areas—I am calling them investments, not expenditures—down the road, are a tremendous asset to the country at large? What methods are you using or have you found to be useful to promote those kinds of concepts?

Mr. Hunsley: I do not feel guilty at all about using those terms.

Mr. Epp: Nor do I, if the definition is right.

Mr. Hunsley: I find them fairly real and I do find, as well, that the kinds of forums that are held, not just the community health forums but a variety of local forums . . . We do local meetings and forums on a fairly regular basis. We did some this fall on the future of health care, not necessarily on the Canada Health Act, and as we reported there was really only a small proportion of the time really devoted to things such as extra-billing and user charges. We are doing forums this spring on long-term unemployment, on the role of governments in the provision of social services in the future. We are doing them in various parts of the country. So we have found that these kinds of forums are useful and effective in having the concepts understood. But that is understood by people who are involved, either directly or indirectly, in the whole human service system and we recognize the limitation of our role in that. I think we relate very much to a human service community. We do not present ourselves as the voice of the public by any means. I think that where the information to people who are not involved in human services generally comes is where they have contact with the system. If their contact with the health care system is primarily at the hospital and with the doctor, they are generally fairly well informed about what transpires in those two interfaces. But they do not have the contact with the system at other points and I think that that kind of general interest and involvement is something that has to be stimulated, and even the suggestion of the role of the parliamentary committees and other groups is one way of doing that as well. But certainly there has to be a lot more promotion of information and health-related information at the places where people come in contact with it. That may be in the labour group; it may be in the recreation group. It may be in any number of areas where people get together and have a chance to exchange information on these things.

[Traduction]

mentaires pourraient cependant se demander si les fonds publics peuvent être utilisés pour promouvoir un projet de loi avant que ce dernier ait été déposé à la Chambre des communes. C'est cela qui peut inquiéter tout autant que le reste, mais nous pouvons clore ici ce sujet.

Voici ce à quoi je voulais en venir, et je comprends . . . Je ne sais si vous partagez le sentiment de frustration que voici: vous et moi avons utilisé des expressions pour lesquelles je suis aussi coupable que vous, comme une stratégie de soins de santé à long terme, innovation, santé communautaire, toutes expressions qui ne riment à rien, mais qui nous font paraître experts à ceux qui nous écoutent. Je voudrais savoir par quelle méthode vous allez concrétiser ces concepts très nébuleux pour le public? Par quel processus d'éducation allez-vous faire comprendre au public qu'il s'agit d'investissements—je parle bien d'investissements et non pas de dépenses—à long terme, c'est-à-dire d'énormes actifs pour tous les citoyens? Par quelle méthode avez-vous promu ou voulez-vous promouvoir ces concepts?

M. Hunsley: Moi, je ne me suis absolument pas senti coupable d'avoir utilisé ces expressions.

M. Epp: Moi non plus, du moment que l'on s'entend sur la définition.

M. Hunsley: Ces concepts me semblent assez concrets, et je pense également que les réunions que nous organisons, non seulement celles portant sur la santé communautaire, mais toute la gamme de réunions locales . . . Ces réunions locales et ces séminaires se tiennent de façon assez régulière. Une de nos réunions de l'automne a eu pour sujet l'avenir des soins de santé, pas nécessairement dans l'optique de la Loi canadienne sur la santé, puisque, comme je l'ai déjà dit, nous n'avons passé que très peu de temps sur des sujets comme la surfacturation et les frais modérateurs. Nous nous réunirons à nouveau au printemps pour discuter de chômage à long terme, de même que du rôle des gouvernements dans la prestation future des services sociaux. Comme nos réunions ont lieu un peu partout au pays, nous avons constaté qu'elles sont très utiles et efficaces pour y faire comprendre les concepts dont nous parlons. Cependant, ceux qui les comprennent sont des gens qui, directement ou indirectement, travaillent dans le domaine des services humains et sociaux; notre rôle est donc assez limité, puisque nous touchons surtout les communautés dispensant des services humains. Nous ne prétendons pas être le porte-parole du grand public en général. Mais nous pensons que l'information qui est donnée à ceux qui ne sont pas comme nous dans le domaine des services sociaux, l'est généralement à tous les points d'accès au système médical. Si votre point de contact avec les soins de santé est surtout l'hôpital ou le médecin, vous êtes généralement bien informés de ce qui se passe à ces deux points d'accès. Mais cela ne vous permet toutefois pas d'entrer en contact avec le système aux autres points d'accès; voilà pourquoi il faut encourager les gens à s'y intéresser de façon générale et à s'engager dans le processus, que ce soit par le truchement d'un comité parlementaire comme le vôtre ou par le truchement d'autres groupes. Mais il est évident qu'il faut donner encore plus d'informations sur

[Text]

Mr. Epp: Just one question, because I know you have other commitments. In your contact with the public, do they identify extra-billing and/or user fees as the number one problem now facing medicare, as opposed to the other long-range... I do not think they are really long-range, but the other issues you have identified and that I agree with? Is there a clarity, as you see it, in the public mind between the two issues, and is there any prioritization in their mind as to those two areas?

Mr. Hunsley: I think the public feels that these things have to be settled, that this has become, for whatever reason, a national issue, and that extra-billing and user charges have to be settled before they are going to believe there can be a genuine effort by government to get on to what they may consider—very well consider—in the long run to be more important issues.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you.

I would like to thank very much the delegation from the Canadian Council on Social Development this morning. We do have our witnesses from the Canadian Public Health Association here. They have suggested that they would like, if possible, to go on for the next 20 minutes and then come back at 3:30 for another length of time at that time before we go to the Canadian Nurses Association. Are there any comments on that?

Mr. Epp.

Mr. Epp: I regret, Mr. Chairman, not to agree with you; and it is not for any personal reasons. My difficulty is this. I have booked from 3:30 to 5:00, and in my own agenda I know even that would be tight. For the Nurses Association, I think we would have to give them an hour and a half, minimally, and I have an important meeting at 5:00, and I know Miss MacDonald has too, and it just causes... My timetabling, frankly, just does not allow for it. That is my problem.

I am sorry. I am not trying to be difficult.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Would it be possible for us to come back earlier than at 3:30, to be here at 3:15 or something like that and give the witnesses another 15 minutes?

Mr. Epp: That is acceptable to me. I feel we need an hour and a half for the nurses.

Mr. Blaikie: Let us all be here at 3:15, then.

[Translation]

toutes les questions de santé là où les citoyens entrent en contact avec le système des soins de santé. Ces points de contact sont soit le groupe de travail, le groupe de loisirs, ou n'importe quel autre groupe qui réunit les citoyens pour leur permettre d'échanger de l'information sur ces questions.

• 1035

M. Epp: Une question seulement, car je sais que vous avez d'autres engagements. Lors de vos contacts avec le public canadien, ce dernier considère-t-il que le problème le plus important auquel fait face l'assurance maladie est la surfacturation et «ou les frais modérateurs», plutôt que les autres points litigieux que vous avez identifiés et auxquels je souscris, mais qui ne sont pas nécessairement à long terme? D'après vous, le public arrive-t-il bien à distinguer ces deux problèmes, ou bien estime-t-il que l'un est plus important que l'autre?

M. Hunsley: D'après moi, le public est d'avis que ces problèmes doivent être réglés, puisqu'ils sont devenus pour une raison ou une autre des problèmes nationaux: il faut donc régler le cas de la surfacturation et des frais modérateurs si l'on veut que le public soit convaincu que le gouvernement fait des efforts sincères pour s'attaquer désormais à ce qu'il considère comme des problèmes beaucoup plus importants à long terme.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci.

Je voudrais remercier sincèrement la délégation du Conseil canadien de développement social d'avoir comparu ce matin. Nous accueillons maintenant l'Association canadienne d'hygiène publique qui nous a fait savoir qu'elle souhaiterait, dans la mesure du possible, témoigner pendant les vingt prochaines minutes, et revenir à 15h30 cet après-midi pour passer le temps qu'il faudra avant de céder la place à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Quelqu'un a-t-il des commentaires?

Monsieur Epp.

M. Epp: Je le regrette, monsieur le président, mais je ne suis pas d'accord avec vous pour des raisons qui ne sont pas du tout personnelles. Voici quelle est ma difficulté: j'ai réservé la séance de 15h30 à 17 heures, et je vois d'après mon propre calendrier que cela me laissera très peu de temps. Il nous faudra laisser au moins une heure et demie à l'Association des infirmières et infirmiers, et comme j'ai un rendez-vous important à 17 heures, tout comme M^{lle} MacDonald, cela entraîne... mon problème, c'est que mon horaire ne me permet absolument pas ce contre-temps.

Je m'en excuse, je n'essaye pas de vous créer des difficultés.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Nous serait-il possible de revenir plus tôt, vers 15h15, par exemple pour donner aux témoins quinze minutes de plus?

M. Epp: Cela me convient, car je pense que nous devons laisser au moins une heure trente aux infirmiers et infirmières.

M. Blaikie: Dans ce cas, soyons tous ici à 15h15.

[Texte]

Mr. Epp: I am not trying to be difficult with the witnesses.

The Chairman: We all understand that, Mr. Epp. We all have our very heavy scheduling problems.

I will ask the witnesses to come forward, please—the Canadian Public Health Association.

We are very pleased to have with us now Dr. Larry Chambers, the First Vice-President of the association, and Professor Jonathan Lomas.

We have your brief in front of us and we would like your opening comments. You heard that we will, I think, go on till about 10:55 this morning, and then we will try to proceed again at 3:15 this afternoon.

Would you like to start, sir?

Dr. Larry Chambers (First Vice-President, Canadian Public Health Association): Thank you, Mr. Chairman.

The Canadian Public Health Association is a national voluntary association representing 3,000 health professionals throughout Canada. In addition, the association has representation to the community through its 10 provincial branches, which include a branch in Northwest Territories and two national affiliated health associations, the Canadian Association of Clinical Microbiology and International Disease and the Canadian Society for Tropical Medicine and International Health.

The Canadian Public Health Association supports the proposed Canada Health Act because it ensures equity in how funds are raised, as opposed to other forms of equity which we would be glad to discuss further with the committee if the committee wishes.

The Chairman: I am sorry, Dr. Chambers, but we do have your brief in front of us. I know it is a fairly small brief, but I would like you to comment rather than read it, if possible.

Dr. Chambers: Yes, I am going to do that.

We wanted to speak to two issues at this moment which arise out of this brief and the discussions in the association. It really refers to just two things. One is the exclusion of private insurance for publicly insured services, and second, identification of exempted user fees. These are two important issues because they have to do with the equity of how funds are raised for the health system.

• 1040

Regarding the exclusion of private insurance for publicly insured services, the proposed act presently does not disallow privately owned insurance companies from insuring Canadians for services already insured under the proposed act. This is disallowed in seven of the ten provinces for at least hospital or

[Traduction]

M. Epp: Je n'essaye pas non plus de créer des difficultés aux témoins.

Le président: Nous le comprenons, monsieur Epp. Nous avons tous des problèmes à organiser notre temps.

Je demande donc aux représentants de l'Association canadienne d'hygiène publique de prendre place.

Nous avons le plaisir d'accueillir maintenant M. Larry Chambers, premier vice-président de l'association, ainsi que le professeur Jonathan Lomas.

Comme nous avons votre mémoire sous les yeux, nous vous demanderons de nous faire part de vos remarques liminaires. Vous avez sans doute compris que nous poursuivrons la séance jusqu'à 10h55 ce matin, pour nous réunir à nouveau à 15h15 cet après-midi.

Voulez-vous commencer, monsieur Chambers?

M. Larry Chambers (premier vice-président, Association canadienne d'hygiène publique): Merci, monsieur le président.

L'Association canadienne d'hygiène publique est une association nationale de bénévoles, qui représente 3,000 professionnels de la santé au Canada. En outre, l'association est représentée dans les collectivités par le truchement de ces dix chapitres provinciaux ce qui inclut un chapitre dans les Territoires du Nord-Ouest ainsi que deux associations d'hygiène nationales affiliées, soit l'Association canadienne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses et la Société canadienne de médecine tropicale et de santé internationale.

L'Association canadienne d'hygiène publique souscrit au projet de loi canadien sur la santé, parce qu'il cherche à assurer que les fonds recueillis seront distribués équitablement; nous serons par ailleurs heureux de discuter avec le Comité, au besoin, les autres formes de distribution équitables possibles.

Le président: Monsieur Chambers, désolé de vous interrompre, mais nous avons votre mémoire sous les yeux. Je sais qu'il est assez succinct, mais nous vous demanderons de le commenter plutôt que de le lire intégralement, dans la mesure du possible.

Dr Chambers: Oui, volontiers.

Nous voudrions porter à votre attention deux grandes questions que vous trouverez dans notre mémoire et qui découlent de discussions qu'a eues notre association. Il s'agit essentiellement, d'une part, de l'exclusion des régimes privés d'assurance dans le cas des services assurés par des fonds publics et, d'autre part, de l'identification des frais modérateurs exemptés de l'assurance. Ce sont deux questions importantes, puisqu'elles ont trait à la façon dont les fonds sont recueillis pour être redistribués équitablement à travers le système de santé.

Pour ce qui est de l'exclusion de régime privé d'assurance pour les services assurés par des fonds publics, le projet de loi actuel n'empêche pas les sociétés d'assurance privée d'assurer les Canadiens pour des services qui sont déjà couverts par le projet de loi. Cette assurance supplémentaire est néanmoins

[Text]

medical services. This disallowance of private insurance for publicly insured services will prevent a two-tiered health care system one: for the rich, those who can afford private insurance; and one for the poor, those who cannot afford private insurance. It is proposed that such a clause be included in the proposed act.

The second issue we would like to raise with the committee today is the identification of exempted user fees. We feel that Clause 22.(e) should be struck from the proposed act. Allowing regulatory power in this area leaves the definition of exempted user fees without legislative scrutiny. An additional subclause should be added to Clause 19 of the proposed act delineating the specific user charges that are to be excluded. This is in order to ensure for the future the accessibility principle of medicare and prevent the introduction of unacceptable exemptions from the user fee penalties. Access should never be impeded for locations such as hospital out-patient departments, mental health centres and family planning clinics.

Clearly, future advances in health care in Canada will require a high level of co-operation between federal and provincial governments. The previous national legislation has focused on major issues of the past, the need for publicly funded hospital services and medical services. The federal government should now be addressing issues related to health and health care of Canadians today and in the future—for example, the poor, elderly person who is disabled and who requires adequate housing and an environment which ensures a reasonable quality of life; the community faced with a hazardous waste problem; the factory worker who is exposed to long-term occupational health risks.

The imbalance of the present health system towards acute care hospitals and medical care does not adequately meet the needs of these types of problems. Health resources must be reallocated to address these issues. The implications of this are that public health services, long-term care and appropriate manpower training must be the recipients of this reallocation. Furthermore, advances in these areas will be led by research, and it is, sadly, true that the federal government's own research funding inadequately recognizes these areas of research.

In addition, federal funding favours teaching and research in acute care hospitals. Should not the federal government think about whether some of the current expenditure of funds on medical schools might be better spent on equivalent teaching

[Translation]

interdite dans sept des dix provinces, du moins pour ce qui a trait à tous les services hospitaliers ou médicaux. En interdisant d'assurer de façon privée les services qui sont déjà assurés par des fonds publics, on empêchera notre système de soins d'évoluer vers une structure de soins de santé à deux paliers: l'un pour les riches, c'est-à-dire ceux qui peuvent se permettre une assurance privée supplémentaire, et un pour les pauvres, ceux qui ne le peuvent pas. Nous proposons d'inclure un article en ce sens au projet de loi.

L'autre grand point sur lequel nous voudrions faire porter l'attention du Comité aujourd'hui, c'est l'identification des frais modérateurs non-assujettis. À notre avis, il faut retirer du projet de loi l'alinéa 22.(e). La mise sur pied d'un organisme ayant des pouvoirs de réglementation revient à exempter la définition des frais modérateurs non-assujettis de toute étude législative minutieuse. D'après nous, il faudrait ajouter à l'article 19 du projet de loi actuel un paragraphe qui définirait précisément les frais modérateurs qui ne doivent pas être assujettis. De cette façon, à l'avenir l'assurance-maladie serait accessible à tous et cela empêcherait d'introduire des exemptions inacceptables aux amendes gouvernant les frais modérateurs. Il ne faudrait pas que les centres tels que les centres hospitaliers pour malades externes, les centres pour malades mentaux et les cliniques de planification des naissances soient exclus du régime.

Il est évident que tout progrès dans le domaine des soins de santé au Canada suppose que les gouvernements fédéral et provinciaux collaborent de façon très étroite. La dernière loi nationale en matière de santé s'était évidemment penchée sur les grandes questions de l'heure, c'est-à-dire le besoin d'instaurer des services hospitaliers et médicaux financés par les fonds publics. Maintenant, le gouvernement fédéral doit se pencher sur les questions qui touchent la santé et le bien-être des Canadiens d'aujourd'hui et de demain: par exemple, que faire pour aider les démunis et les personnes âgées handicapées qui ont besoin de se loger convenablement et recherchent un environnement qui leur assurera une qualité de vie raisonnable? Que faire pour aider la collectivité menacée par un grave problème de déchets dangereux? Que faire pour protéger le travailleur en manufacture qui s'expose à long terme à des maladies professionnelles?

Le déséquilibre de notre système actuel de santé fait pencher la balance vers les hôpitaux de soins intensifs et ne tient pas assez compte de ce genre de problème. Voilà pourquoi nous devons redistribuer nos ressources en matière de santé et cette redistribution doit viser les services de santé publics, les soins à long terme de même qu'une amélioration dans la formation de notre main-d'oeuvre. En outre, même si les progrès dans ces domaines voient le jour grâce à la recherche, il est néanmoins triste de constater que les efforts de financement du gouvernement fédéral reconnaissent bien peu l'importance de ces recherches.

De plus, les fonds du gouvernement fédéral mettent l'accent sur l'enseignement et la recherche dans les hôpitaux de soins intensifs. Le gouvernement ne devrait-il pas se demander si les fonds actuels consacrés aux facultés de médecine ne seraient pas mieux utilisés s'ils étaient consacrés en partie à la cons-

[Texte]

and research facilities in selected public health and long-term care facilities across Canada?

We just wanted to make those few opening remarks and we would be willing to speak to those or to the statements in the brief that was submitted.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Chambers. Thank you also for agreeing to the split time you will be having with us today.

Mr. Epp, would you like to start.

Mr. Epp: Yes, thank you, Mr. Chairman.

Dr. Chambers, I will try to be as brief as you were. On page 2 of your brief in the last paragraph you state:

The Association strongly supports the use of incentives in the Canadian health care system that will foster the provision of health promoting and disease-preventing services by all health care professionals.

Could you give us some enlightenment on that statement as to what you have in mind?

Dr. Chambers: Professor Lomas and I would like to answer these together and both have a go at this. I think one of the concerns is the fact that when you have a payment system that drives the acute care hospital and medical side of things then that is to the detriment of preventive services, and I guess many of us in the association feel that there has not been enough effort to provide financial incentives for preventive service and health-promoting activities and to evaluate those sorts of incentives.

Professor Jonathan Lomas (Committee member working on Health Act, Canadian Public Health Association): I think it would be inaccurate to read this as purely financial incentives alone, though. I think one of the points that has been made is that some of the ways in which the health care system is structured provide an incentive for a particular kind of individual who has a particular kind of training to provide training which may well not address the kind of health-promoting and disease-preventing services that we would see as being much more necessary in the future. So I think the actual structure of the health care system can be looked upon as providing incentives for one kind of care or the other. The clearest example of that is the degree to which we concentrate on our hospitals. In some senses, it is the federal government that was responsible for introducing hospital insurance prior to medical insurance and that, in and of itself, has been a very powerful influence over the last 20 years in making sure that we have focused on curative kinds of systems instead of the sorts of incentives that you would have from a much more ambulatory care based system for preventive and promotional kinds of services. So I would want to see the committee interpreting the use of the word "incentives" there in much more than just financial areas.

[Traduction]

truction d'installations équivalentes d'enseignement et de recherche dans des centres désignés de santé publique et de soins à long terme?

Voilà ce dont nous voulions tout d'abord vous parler. Nous sommes prêts à répondre à vos questions là-dessus ou au sujet de notre mémoire qui vous a été soumis.

Merci monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Chambers. Je vous remercie également d'avoir accepté de partager votre temps en deux aujourd'hui.

Monsieur Epp, voulez-vous commencer?

M. Epp: Volontiers, monsieur le président.

Monsieur Chambers, j'essaierai d'être aussi bref que vous. Page 2 de votre mémoire, au dernier paragraphe, je lis ceci:

L'Association souscrit fermement à un système canadien de soins de santé qui inciterait, par les moyens appropriés, tous les professionnels de la santé à favoriser les services de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Pouvez-vous nous expliquer plus en détail ce que vous entendez par là?

Dr Chambers: Le professeur Lomas et moi-même aimerions pouvoir répondre tous les deux. Ce qui nous inquiète, entre autres, c'est que tout système qui met l'accent sur les hôpitaux de soins intensifs et sur la médicalisation, le fait au détriment des services de prévention. Bon nombre des membres de l'Association sont d'avis que l'on n'a pas suffisamment encouragé la mise sur pied de services de prévention de la santé ni d'activités de promotion de la santé, et ce en offrant des encouragements d'ordre financier, et que l'on n'a pas suffisamment étudié la valeur de ces moyens d'incitations.

M. Johathan Lomas (membre du Comité de travail sur la Loi canadienne sur la santé, Association canadienne d'hygiène publique): Il serait cependant inexact de considérer ces encouragements dont nous parlons comme étant uniquement des encouragements d'ordre financier. On a dit notamment que nos soins de santé sont structurés de façon que le médecin qui a suivi un enseignement professionnel donné se voit encouragé à dispenser une formation qui ne correspondrait pas nécessairement aux services de promotion de santé ou de prévention des maladies que nous estimons être ceux de l'avenir. Je pense donc que la structure actuelle des services de santé offre certaines incitations pour tels ou tels soins. L'exemple le plus probant est notre concentration sur les hôpitaux. Dans un sens, c'est le gouvernement fédéral qui est responsable de l'introduction de l'assurance-hospitalisation avant l'assurance-médicale, et cela a en soi eu une influence très forte ces 20 dernières années, en ce sens que nous avons concentré nos efforts sur les services curatifs plutôt que sur des services préventifs et éducatifs. J'aimerais donc que le Comité interprète le terme «incitations» dans un sens beaucoup plus large que purement financier.

[Text]

[Translation]

• 1045

Mr. Epp: You obviously feel that the federal government, and specifically the department, should have a very strong mandate of education, of promotion and even of the refunnelling of funds into promotion in public health? Is that what you are suggesting?

Dr. Chambers: That is right. As the brief outlines, on page 3, and Jonathan has just alluded to this, there has been the 1958 legislation and the 1965 medicare legislation. There has not been that kind, if you want, of leadership federally for preventive and public health services. Obviously those two previous Acts have had a tremendous impact on the system, but they have created this imbalance.

Mr. Epp: I share your stress on preventive service. I am just trying to flesh that concept out a little more. Let us just take one that has had a high profile, let us take the anti-smoking campaign. That has been sponsored by provincial governments and specific departments, in some cases, by the federal government. Obviously, it has some effect, because we are even seeing cartoons now of the Minister skiing downhill, in an anti-smoking campaign. But, seriously, to what extent can or should government try to dictate lifestyle?

Dr. Chambers: That is a common dilemma in the public health field and I think governments are continually trading off individual, if you want, rights and equity within the community. Certainly in public health we face that all the time. We have many examples; for instance, we all accept a public water supply and that is an important public health issue.

Mr. Epp: But not everybody accepts fluoridation, for example.

Dr. Chambers: That is true.

The other thing I was going to mention with regard to smoking, just coming back to that, is this: I think we have an example there where there are now reports in the literature that health providers can, with the use of this new chewing gum and with other counselling techniques, reduce the amount of smoking in individuals. The problem is that access to the system is through physicians' offices and we get back to: Well, physicians are primarily paid to do other things and not to do those sorts of promotional activities. Also, we have the physician as the first access person, not other providers who possibly would be better trained and would have the time and the financial and professional incentive to conduct those sorts of activities.

Prof. Lomas: If I could just briefly address this kind of conflict between individual values and society's values for a healthy society: I wonder if these kinds of debates that you are attaching to the smoking debate at the moment, in terms of individual rights...

Mr. Epp: I used that as an example only.

Prof. Lomas: Yes, you used that as an example. As an example, turning back to the close of the 19th century, when we discovered that a sewage system would reduce our cholera

M. Epp: Vous estimez de toute évidence que le gouvernement fédéral, et plus particulièrement le ministère, devrait avoir un mandat d'éducation, de sensibilisation aux problèmes de santé publique? N'est-ce pas?

Dr. Chambers: C'est cela. Comme l'indique le mémoire à la page 3, et Jonathan vient d'y faire allusion, il y a eu la loi de 1958 et la loi de 1965 sur les soins médicaux. Le gouvernement fédéral n'a pas semblé concentrer ses efforts sur les soins préventifs et les services de santé publique. Il est évident que ces deux autres lois ont eu une incidence formidable sur le système, mais ont créé ce déséquilibre.

M. Epp: Je suis tout à fait d'accord avec vous sur les services préventifs. J'essaie simplement de préciser un peu les choses. Prenons un exemple bien connu, la campagne contre le tabac. Elle a été financée par les gouvernements provinciaux et, dans certains cas, par le gouvernement fédéral. Il est évident qu'elle a eu certains effets, car nous voyons maintenant même des dessins animés du ministre faisant du ski alpin pour une campagne contre le tabac. Dans quelle mesure le gouvernement peut-il ou devrait-il dicter le style de vie?

Dr. Chambers: C'est un dilemme très habituel dans ce domaine de la santé publique, et je crois que les gouvernements doivent continuellement parvenir à des compromis entre les droits de l'individu et la justice pour l'ensemble de la collectivité. Il est évident que c'est un problème que l'on retrouve toujours en matière de santé publique. Il y a de nombreux exemples: nous acceptons tous un système public d'adduction d'eau, et c'est une question importante dans ce domaine.

M. Epp: Mais tout le monde n'accepte pas le fluor, par exemple.

Dr. Chambers: En effet.

A propos du tabac, je crois que nous avons là un exemple où certains rapports nous indiquent que les services de santé peuvent grâce à cette nouvelle gomme à mâcher et à d'autres techniques et conseils diminuer la quantité de cigarettes que fument les individus. Le problème est qu'il faut passer par le cabinet des médecins, qui sont essentiellement payés pour faire autre chose que de la publicité. Le médecin est la première personne à laquelle on peut avoir accès, alors qu'il y a probablement d'autres gens qui pourraient être mieux formés pour cet aspect éducatif et qui auraient le temps, les ressources financières et professionnelles pour mener ce genre d'activité.

M. Lomas: Si vous me permettez de donner un avis sur ce conflit entre les valeurs individuelles et les valeurs collectives pour la santé de la société, je crois que si ce genre de débat que vous engagez à propos de la cigarette et des droits des individus...

M. Epp: Je n'ai pris cela que comme exemple.

M. Lomas: Oui, je sais bien. Pour revenir à la fin du 19^e siècle, lorsque nous avons découvert qu'un système de tout à l'égout diminuerait les épidémies de choléra, certains s'étaient

[Texte]

epidemics, there were the complaints of intrusions on individual liberties, or whatever, when we decided to put sewage systems into everybody's houses and made that a mandatory phenomenon through a public health measure and significantly increased the health of the overall population by doing that kind of thing. I do not see a large difference between that kind of issue and the kind of issue of . . . We know we have unequivocal evidence that smoking is bad for people's health.

• 1050

I do not see it as any kind of encroachment on individual liberties to take the same kind of measures we did with sewage systems in the 1900s as we want to do now with smoking. I am not sure what has changed in the intervening 80 years to make it of so much concern to us. I think it is an important point that we should be concerned about encroaching on individual liberties. I find it difficult to see where those individual liberties lie in this kind of argument about lifestyles. I think it is a straw man, in other words.

Mr. Epp: I must admit, Professor, I have difficulty with that comparison.

Mr. Blaikie: Sewage and smoking.

Mr. Epp: While I have no difficulty with your anti-smoking position personally, I see them obviously as slightly different in terms of public health, I must admit.

Prof. Lomas: The difference is that our health care system in general now has become oriented towards the individual. We have individual encounters with physicians. We have individual encounters with the hospitals. We have not moved from the kind of perception we had in the 1800s that the major advances in health were based on measures that affected populations of people, not individuals *per se*. I suppose that is the point I am making: that most of the major advances I think we are going to make in the future are once again going to be on the basis of measures that are taken to encourage population health, be it anti-smoking programs, be it seat-belt legislation. These kinds of issues are not the kinds of things that get dealt with in an individual encounter within the physician's office, or anyone's office. They are the things that are public health measures, in the same way that a sewage system was.

Mr. Epp: Then let us get into an area very quickly—education may be a former bias of mine. Is that not the place, then, to start, rather than with a Canada Health Act? We can project aims through preambles in a legislative forum. But are you not really talking about a system which has to start in the school system—that kind of an education process?

Dr. Chambers: To a large extent that is occurring in many centres in Canada. A major study is being done at the University of Waterloo presently which is demonstrating that if you reach children in the six and seven and eight years of age category, you can prevent them from starting smoking, and it looks as if in the preliminary results they continue not

[Traduction]

plaints que l'on enfreignait les libertés individuelles quand on a décidé d'installer ces systèmes chez tout le monde et qu'on a rendu cette mesure de santé publique obligatoire, ce qui a considérablement amélioré la santé de toute la population. Je ne crois pas qu'il y ait de grosses différences entre ce genre de problèmes et le genre de questions que . . . en effet nous avons des preuves irréfutables que la cigarette est mauvaise pour la santé.

Je ne crois pas que ce soit porter atteinte à la liberté individuelle que d'adopter le même genre de mesure que nous avons adoptée en 1900 en ce qui concerne le système d'égout. Je ne crois pas qu'il ait une différence entre les deux façons de procéder dans le cas et de tout à l'égout et dans celui de la cigarette. Je ne vois pas ce qui aurait pu intervenir au cours de ces 80 années pour que cette question de la liberté individuelle prenne une telle importance. Je ne vois pas comment on peut arguer de la liberté individuelle lorsque l'on défend cet argument concernant le mode de vie.

M. Epp: Je dois dire que votre comparaison m'étonne.

M. Blaikie: Entre les égouts et la cigarette.

M. Epp: Je suis d'accord avec vous sur votre façon de penser en ce qui concerne la cigarette d'un point de vue personnel, mais je dois vous dire qu'en matière d'hygiène publique, ma position est quelque peu différente.

M. Lomas: En fait, notre système de soins de santé s'est orienté de plus en plus vers l'individu. Nous avons des rencontres personnelles avec les médecins, avec les hôpitaux. Pourtant, rien n'est changé depuis les années 1800 lorsque l'on pensait que les plus grandes percées en matière d'hygiène étaient dues à des initiatives qui affectaient toute la population, non des individus. Il en sera de même à l'avenir à mon avis. Il faudra prendre des mesures d'encouragement en matière d'hygiène publique, qu'il s'agisse de programmes contre la cigarette, de lois obligeant les citoyens à porter la ceinture de sécurité et cetera. Il ne s'agit pas là de question individuelle, mais bien de question touchant une population toute entière, comme c'était le cas lors de l'imposition d'un système d'égout.

M. Epp: Il faut dans ce contexte parler d'éducation, ce qui est un faible chez moi sans doute. Ne croyez-vous pas qu'il faudrait commencer à parler de ces questions dans les écoles et non dans la loi canadienne sur la santé? On peut toujours faire connaître le but que l'on recherche dans le préambule d'une loi, mais ne croyez-vous pas que tout commence à l'école?

Dr. Chambers: C'est ce qui se passe dans de nombreux centres du Canada. Une étude importante est en cours à l'heure actuelle à l'Université de Waterloo. Cette étude démontre que, si l'on peut atteindre les enfants de six, sept et huit ans, on peut les empêcher de commencer à fumer. Il semble, d'après les résultats préliminaires de cette étude, que

[Text]

smoking until at least their teens. So it takes a public health orientation and organization within a community to guarantee that those effective sorts of programs are put in place by schools. You need health professionals to identify the need for that kind of thing, to counsel school boards, to implement them, etc.

Prof. Lomas: I think it is important when we talk about that education end, which is clearly a main thrust for any health prevention activities . . . it is important that when we look at these programs we do not just assume because we are providing the information to school children, or adults—whoever—that is doing good. It is important that we then follow through and say, okay, is this changing people's behaviour as well? There is a tendency for us . . . within Ontario we had a classic "health begins at home" billboard campaign that presumably ate up some \$1 million or so of provincial health funds, and the evaluation of that was merely to go around and ask people if they knew about it: have you seen one of these billboards? It seemed to me an appropriate evaluation would have been to say, how have you changed your health behaviour as a consequence of this?

Mr. Epp: Mr. Chairman, I think the time is limited. I hope we can pursue this afterwards.

The Chairman: I think, then, we will adjourn for now and come back at 3:15 this afternoon.

AFTERNOON SITTING

• 1521

The Chairman: I call this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs committee on Bill C-3, the Canada Health Act, to order.

This morning when we adjourned we had before us witnesses from the Canadian Public Health Association and we heard their presentation. We had one questioning period from Mr. Epp, and I will go on with Mr. Blaikie at this time.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I just wanted briefly to comment on something that was mentioned by the witnesses and then ask a question. I think it was said rightly that a lot of the significant advance in the health of Canadians, and indeed of other people in the industrialized world, for instance, has had a lot to do with not just advances in modern medicine but also advances in public health, those advances which came about as a result of clean water, etc., those kinds of advances. Those are the kind that have an overall effect which is very, very important.

It seems to me that the next big advance we make in health care will not be so much from high technology medicine. That will have its benefits for those individuals who are in a situation to receive the benefits of that, but the next big advance we make in health will come from efforts to clean up our environment, from efforts to make the workplace a safe place and a healthy place to work. Those kinds of efforts will,

[Translation]

ces enfants ne fumeront pas avant l'adolescence. Une telle orientation en hygiène publique, une telle organisation au sein même de la collectivité permettent de garantir l'établissement de programmes efficaces dans les écoles. Vous avez besoin d'hygiénistes pour identifier ce genre de chose, pour conseiller les commissions scolaires, pour appliquer les programmes et cetera.

M. Lomas: Il est important, lorsque l'on parle de l'aspect éducatif, qui est d'ailleurs très important en matière d'activités préventives, il est important donc d'avoir des activités de suivi, en d'autres termes, de ne pas prendre pour acquis que le seul fait de fournir l'information est suffisant; il faut évaluer les modifications de comportement que celle-ci entraîne. Je vous donnerai l'exemple de l'Ontario où l'on a réalisé une campagne publicitaire: «la santé commence chez soi». Cette campagne a coûté un million de dollars. Le suivi a simplement été de vérifier quel pourcentage de la population avait remarqué les panneaux publicitaires en question, alors qu'à mon avis il aurait fallu demander quel impact sur la santé des citoyens ces panneaux publicitaires avaient eu.

M. Epp: Monsieur le président, nous avons un temps limité, et j'espère pouvoir poursuivre cette question par la suite.

Le président: Nous ajournons donc et nous reviendrons à 3h15 cet après-midi.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales reprend l'étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé.

Nous avons entendu ce matin l'intervention de l'Association canadienne d'hygiène publique. M. Epp a eu la parole pour poser des questions, et je donne maintenant la parole à M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je voudrais reprendre une remarque faite par nos témoins, et ensuite leur poser une question. Ils ont expliqué très justement que la santé des personnes habitant dans les pays industrialisés s'est améliorée non seulement en raison des progrès de la médecine, mais également grâce aux progrès de l'hygiène publique, notamment la généralisation de l'épuration des eaux, et cetera. Les progrès de l'hygiène publique ont en effet une énorme incidence sur la santé.

De même, je pense que ce ne sera pas la technologie médicale de pointe qui sera à l'origine du prochain bond en avant dans le domaine de la santé. Ce bond en avant sera plutôt attribuable, à mon sens, à l'assainissement de l'environnement, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de sécurité et d'hygiène au travail. Ces mesures auront d'énormes répercussions sur la santé des Canadiens.

[Texte]

or should, have as much to do with the future of health care in Canada as anything else.

One of the things we have to do in order to pay more attention to that side of the health care issue, but also to preventive care and alternative models in general, is, in my view, to break down the domination of our health care model by physicians and by physician choices. It has been suggested, and it is an appropriate time to question you on this, by the nurses' association but also by many others that there be more opportunity for nurses and other health care professionals to practise independently of physicians or, alternatively, more in co-operation with them like in a community health centre orientation.

I was wondering if you could comment on that. When people think of prevention and they think of nurses, I think immediately the image of the public health nurse comes to mind. You are the Canadian Public Health Association so I would assume you would want to have something to say about that.

Dr. Chambers: The Canadian Public Health Association includes a number of members who are physicians. There are a number of physicians throughout the country who have a concern about the community's health, and I think we should remember that. There is a tendency to generalize about physicians that I think is unfortunate. It is certainly, from our association's perspective, important that the physicians that are trained in community health be given more opportunities, but also that there is an important role for public health nurses and other members of the public health team including nutritionists and education people and inspection and occupational health specialists. Again, as we were saying this morning, one of the problems of our present system is that there is an emphasis on the medical training of individuals and also on the payment mechanisms and this has put us at a disadvantage, certainly when you look across the country at some of the inequities in terms of manpower which can do many of the things that presently physicians, more or less by default, do, because we do not have an organized health care system that supports the deployment of other health professionals to do many of these important lifestyle, environmental issues which the Health and Welfare Canada's report on the new perspectives of the health of Canadians pointed out were important determinants of health in 1974.

• 1525

Prof. Lomas: I think the point is well taken. I think one of the concerns many people have is that the idea of opening up the system to more than just physician control can sometimes get to be—unless you put that availability of more than just physician care into the appropriate structure you could end up with having similar problems to the kinds of problems we deal with today. To be more concrete about that, I would be very concerned—and I think in general we should be very concerned—about ever introducing any more practitioners into the system paid on a fee-for-service system.

I think that what we have seen over the years is that a fee-for-service payment mechanism does not work in the interests of Canadians or in the interests of a preventive or promotion

[Traduction]

Pour pouvoir nous consacrer davantage à ces problèmes, ainsi qu'à la médecine préventive et aux méthodes de soins parallèles, il faut commencer par briser le monopole des médecins. L'association des infirmières, ainsi que d'autres personnes, ont proposé de permettre aux infirmières et aux autres spécialistes de la santé de pratiquer indépendamment des médecins, ou en collaboration avec ces derniers, dans des centres de soins communautaires.

Les infirmières spécialisées en hygiène publique sont éminemment bien placées pour s'occuper de prévention. En tant que représentant de l'Association canadienne d'hygiène publique, j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Dr Chambers: L'Association canadienne d'hygiène publique compte un certain nombre de médecins parmi ses adhérents, car certains médecins s'intéressent quand même à la question, en dépit des généralisations souvent abusives dont les médecins font l'objet. Notre association est d'avis que les médecins et infirmières spécialisés en hygiène publique, ainsi que les spécialistes de l'alimentation, de l'information, de l'inspection sanitaire et de l'hygiène au travail, puissent tous avoir l'occasion d'agir sur une plus grande échelle. On insiste trop, actuellement, sur la formation purement médicale des médecins, ainsi que sur les modalités de leur rémunération. C'est ce qui fait que de nombreuses tâches sont actuellement effectuées par des médecins, alors qu'elles pourraient être confiées à d'autres professionnels de la santé, notamment en ce qui concerne le mode de vie et les questions relevant de l'environnement, questions qui jouent un rôle déterminant dans la santé, ainsi que l'a fait remarquer le rapport du ministère de la Santé, publié en 1974.

M. Lomas: Mais si l'on étend les activités médicales à des professionnels autres que les médecins sans changer le système lui-même, on risque de se retrouver avec les mêmes difficultés que celles que nous avons actuellement. Il est essentiel en effet de ne pas étendre à d'autres professionnels de la santé le système de paiement à l'acte.

En effet, le paiement à l'acte ne favorise ni l'hygiène publique, ni la médecine préventive ni, en général, la qualité des soins. Or, actuellement, pour se faire soigner, il faut

[Text]

aspect of health and it does not work in the interests of having an efficiently run health system. So while I think it is true that we should be opening up the system, in essence what we are talking about is the gatekeeper phenomenon . . . how people get into the system—and really the only way is either through a hospital or in essence through a physician, that is how you get into a hospital anyway, so it comes down to being through a physician. That is inadequate. We need more access points to the system. But I do not think that the answer to that is to establish a series of other individual practitioners, be they nurses, physiotherapists, whatever, individually practising. I think the answer is to establish some other kind of gatekeeper system, be it a group of practitioners working together, be it centres of some kind or other which have available not only physicians, but all of these other practitioners as well.

I think we should be quite concerned about making sure we do not fall into the same kind of problems that we experience, using a fee-for-service system of payment of physicians by opening it up to other practitioners as well in that way. But it is clear that the orientation of other practitioners is much more in line with the direction of future health changes, the population health kinds of issues that public health nurses deal with and public health departments deal with.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would like to ask the witnesses: Where do you think the resistance to these alternative modes of care is? I mean, report after report, the Hall Report, the Parliamentary Task Force Report, every brief that has been submitted with the exception of those that have been submitted by the medical profession itself, everybody says we have to move toward a more community—I think an alternate word is public perception of health care as opposed to the individualized view, more integrated view of health care. Provinces have had the freedom to do this for a long, long time. It is not as if they were legislatively prohibited from doing this. Where in your experience, in your view, does the resistance lay? Why has this not happened? Why are we only able, when we want to talk about community health centres, to cite a clinic in the Sault, one in Toronto and one in Prince Albert . . .

Mr. Halliday: One in Ottawa.

Mr. Blaikie: —compared to what could be the case?

Prof. Lomas: I think the simplest short answer is the status quo; we have a system that is structured this way and it is always, as in any social system, difficult to bring about any form of change.

• 1530

But there are some unique and specific kinds of issues within the health care system that make it even more difficult. One of them is the self-regulatory power of the professions who are currently at the top of the heap amongst health professions. That self-regulatory power has been used in the past in some ways which are fairly questionable to prevent these kinds of innovations, be it the sort of community health centres you were just talking about or be it the use of nurse practitioners as primary care deliverers. I think that whole side of the issue has

[Translation]

nécessairement passer par un médecin ou un hôpital; mais comme pour entrer à l'hôpital il faut encore passer par un médecin, il ne reste que le seul médecin. Or, il devrait y avoir moyen de se faire soigner autrement. Mais ce n'est pas en permettant à d'autres professionnels de la santé, qu'il s'agisse d'infirmières ou de physiothérapeutes, de faire de la pratique privée que les choses changeront. Il faudrait créer des groupes de spécialistes travaillant en commun dans des cliniques réunissant des médecins, ainsi que les autres professionnels de la santé.

Si on étendait le paiement à l'acte à d'autres professionnels de la santé, on ne ferait que multiplier les difficultés. Mais il est vrai que les autres spécialistes de la santé s'intéressent davantage aux nouvelles orientations, notamment celles qui relèvent de l'hygiène publique, question qui intéresse tout particulièrement les infirmières formées dans cette discipline, ainsi que les divers ministères de la santé.

M. Blaikie: Qui est-ce qui s'oppose à ces nouvelles tendances, à votre avis? À l'exception des seuls médecins, tout le monde, y compris le rapport Hall, le rapport du groupe de travail parlementaire, ainsi que tous les autres témoins, se sont prononcés en faveur de l'hygiène publique, par opposition à une médecine plus individuelle. Or, sur le plan législatif, rien n'empêche les provinces de s'orienter dans cette voie. Qu'est-ce qui empêche cette évolution? Comment se fait-il que, jusqu'à présent, seuls Sault-Sainte-Marie, Toronto et Prince Albert ont un dispensaire . . .

M. Halliday: Il y en a un également à Ottawa.

M. Blaikie: . . . alors qu'il pourrait y en avoir tellement plus.

M. Lomas: C'est une espèce d'inertie. Il est toujours extrêmement difficile de faire évoluer une structure sociale.

Toutefois, certains aspects uniques au système de santé rendent la situation encore plus difficile. L'un d'entre eux est le pouvoir d'autoréglementation dont disposent les professions les plus prestigieuses dans le domaine de la santé. Dans le passé, ce pouvoir d'autoréglementation a souvent été utilisé de façon discutable, afin d'empêcher que ne se produisent de telles innovations; j'entends par là la création de centres de santé communautaires, que vous venez de mentionner, ou encore le recours à des assistantes médicales pour dispenser des

[Texte]

clearly had some serious repercussions for introducing innovation.

In addition, I think one of the other issues we have to grapple with is that a lot of the changes we talk about are changes in both the training of the people who are delivering health care and the nature of those people who are going to be delivering health care. We cannot ignore the fact that we have some 45,000 physicians in Canada, and they have primary responsibility under our present system to deliver the health services. We do not really at the present time—and it is unlikely in the future—buy the option of unemployed physicians for one reason or another, and as long as we do not buy that option and as long as we do not have unlimited resources to fund the system, then we have to plan in a future sense for who it is we want to have delivering health care in the system and how we want to have them deliver it. We have to start phasing in that process now for 20 years from now.

So while many people say the use of nurse practitioners at the primary care level is well demonstrated to be efficient, high quality and appropriate, we have not seen that change come about. Why that has not occurred has very much to do with the fact that we have many physicians out there delivering primary care. So there is, in some sense, no "need" for additional primary care personnel.

So to achieve the ends, for instance, of getting nurse practitioners involved in that primary care sector, what we have to do is say: Now, how many physicians do we need delivering primary care and how many nurse practitioners do we need, and if we want to do that, let us set about now equilibrating our output from medical schools and wherever else to match that planned need into the future. We have not tended to do that. That planning that is needed to counteract the status quo does not appear to go on very well.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie.

Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

Dr. Chambers, I was interested in some remarks made this morning that I have a little trouble with, and I am wondering if you can clarify them for me: that the health care system has been oriented towards treatment of the individual, and that you feel we should move away from that. Did I understand you correctly; that is, towards public health services?

Dr. Chambers: I have a couple of points. One is that there has been a tendency to train physicians to treat individuals, and certainly, the social system within medical schools is oriented that way. You will notice across the country that the departments of community health or population health are very small, and physicians get very little exposure to that.

[Traduction]

soins primaires. Tout cet aspect me paraît avoir de sérieuses répercussions sur les innovations que l'on peut apporter à notre système.

En outre, l'une des autres questions auxquelles nous devons nous confronter porte sur les modifications à apporter à la formation des professionnels chargés des soins de santé, ainsi que sur l'identité même de ces personnes. En effet, nous ne pouvons négliger le fait que nous disposons d'environ 45,000 médecins au Canada, et que ce sont d'abord eux qui ont la responsabilité d'administrer les services de santé dans notre système. À l'heure actuelle, nous n'acceptons pas que les médecins soient en chômage, pour une raison ou une autre, et je ne crois pas non plus que nous envisagions cela à l'avenir. En conséquence, dès lors que nous n'acceptons pas cette possibilité et compte tenu du fait que nous ne disposons pas de ressources illimitées pour financer les soins, nous devons prévoir qui devra fournir ces soins de santé au sein du régime et comment ces soins seront administrés. Nous devons donc amorcer dès maintenant cette évolution de vingt ans.

En conséquence, en dépit du fait que, d'après bon nombre de personnes, la preuve a été faite de l'efficacité, de la grande qualité et du caractère approprié des soins offerts par les assistants médicaux, ce genre d'évolution ne s'est pas produite. Or, si tel est le cas, c'est parce que bon nombre de médecins dispensent ces soins primaires. En un sens, donc, il n'existe aucun «besoin» de recourir à du personnel supplémentaire pour dispenser des soins primaires.

Si nous voulons donc faire participer les assistantes médicales à la prestation des soins primaires, nous devons nous demander combien de médecins il nous faut pour exercer ces responsabilités et de combien d'assistantes médicales nous avons besoin. Si nous voulons donc faire cela, commençons par équilibrer le nombre de diplômés provenant des facultés de médecine ou d'autres établissements, afin de pouvoir répondre aux besoins prévus pour l'avenir. Nous n'avons pas eu tendance à faire cela. Or, ce genre de planification nécessaire pour faire évoluer les choses ne semble pas bien se passer.

Le président: Merci, monsieur Blaikie.

Monsieur Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président.

Docteur Chambers, certaines des remarques que vous avez faites ce matin m'ont intéressé; j'aimerais donc que vous les éclairciez quelque peu. Ainsi, vous avez affirmé que notre régime de soins de santé s'est orienté en fonction du traitement du malade individuel, alors que d'après vous, il faut s'éloigner de cela. Ai-je bien compris? Êtes-vous favorable à ce que nous nous orientions davantage en fonction des services publics de santé?

Dr Chambers: J'ai deux choses à dire à cet égard. Premièrement, on a eu tendance à former les médecins pour qu'ils soignent un malade individuel, c'est tout au moins ainsi que cela se passe au sein des facultés de médecine. Vous remarquerez que les départements de soins communautaires ou d'hygiène publique sont très petits, et que les médecins les fréquentent très peu.

[Text]

So because of their training program, I think we would say we are behind the eight ball in the public health field in that many physicians—I am not saying all physicians, but many physicians—do not have that orientation and understanding.

Prof. Lomas: I think maybe the other issue is that we are not saying there should no longer be individual-encounter medical care. We are merely saying perhaps we have gone too far in that direction to the detriment of appreciating that health care delivered on a population basis, the kinds of public health measures we talked about this morning, have gotten short shrift. I do not think here we are arguing that we want more money for public health, more money for the health care system; I think what we are arguing here is that we need reallocation within the current funds.

Mr. Lang: This is what I was going to lead up to, because the second thing I heard you say—correct me if I am wrong—was that the major advances in health care were coming as a result of public health services. I cannot agree with that.

First of all, in physical medicine the major advances in morbidity and mortality were made on the basis of the discovery of antibiotics and on pre-natal care. Those are the two factors that are accepted in most academic circles as being responsible for the major reduction in morbidity and mortality. In the areas of mental illness, with psychotic illness, the major breakthrough was with the chlorpromazine and the tranquilizers; in the neurotic and personality disorders, the major breakthroughs were with Freud and psychotherapy.

• 1535

I just do not see that the consensus of the health service community would agree with you on that. I think they would agree that, yes, we do need more services in community medicine, but I think we should keep things in perspective.

Mr. Lomas: I think there is a similar reference in this area that members of the committee who are interested in exploring this issue should certainly read. It is a book by Thomas MacEwen—I cannot remember the full title—in which he points out clearly that if you trace historically from the mid-nineteenth century the decline in infectious diseases, you discover that some 70% to 80% of the decline in infectious diseases had occurred prior to the introduction of antibiotics and that, when you try to relate to that what the developments were that caused this decrease in infectious diseases, it was not the antibiotics; it was indeed the clean water supply and improved nutrition of the people in those times and the decreased family sizes that brought about a significant decrease in infectious diseases.

That is mirrored today in Third World countries. Those who have any knowledge of international health know that at present the main advances in decreasing infectious diseases in

[Translation]

En conséquence, à cause de la formation de bon nombre de médecins, pas tous, mais bon nombre d'entre eux, nous sommes dans une position très faible pour ce qui est de l'hygiène publique, tout simplement parce qu'il manque aux médecins certaines connaissances pertinentes et un minimum d'orientation.

M. Lomas: Cela ne signifie pas, toutefois, qu'il ne doit plus y avoir d'apprentissage grâce aux soins individuels. Tout ce que nous affirmons, c'est qu'on est peut-être allé un peu trop loin dans cette direction, et cela au détriment des soins plus collectifs, c'est-à-dire des mesures d'hygiène publique dont nous vous avons parlé ce matin et qui ont été les parents pauvres du système. Nous ne demandons donc pas davantage d'argent au titre de l'hygiène publique, ni au titre de l'ensemble du régime de soins. Ce que nous demandons plutôt, c'est que l'on réaffecte certains des crédits déjà disponibles.

M. Lang: C'est à cela que j'en arrivais, car la seconde remarque que j'ai relevée, et corrigez-moi si je me trompe, c'est que les grands progrès réalisés dans le domaine des soins de santé ont résulté de l'administration de soins d'hygiène publique. Or, je ne puis être d'accord avec cela.

D'abord, en médecine, les principales victoires gagnées sur les taux de morbidité et de mortalité ont été le résultat de la découverte des antibiotiques et de l'amélioration des soins prénataux. Ce sont en effet les deux facteurs dont il est communément admis dans les milieux universitaires qu'ils ont été la cause du recul considérable de la morbidité et de la mortalité. Pour ce qui est des maladies mentales, particulièrement les maladies d'ordre psychotique, c'est la découverte de la chlorpromazine et des tranquillisants qui ont constitué le plus important progrès, alors que pour ce qui est des problèmes de névrose et de personnalité, ce sont le freudisme et la psychothérapie qui ont le plus fait avancer les choses.

Enfin, je ne crois pas que les spécialistes du domaine de la santé soient d'accord avec vous. Ils diront peut-être qu'il faut effectivement augmenter les services de médecine communautaire, mais que nous devons quand même conserver une juste perspective de cela.

M. Lomas: Les membres de votre Comité qui voudront se renseigner là-dessus devraient certainement lire un ouvrage en ce sens. Il s'agit d'un livre écrit par Thomas MacEwen, dont le titre m'échappe, où il est très clairement établi que depuis le milieu du 19^e siècle, la chute d'entre 70 et 80 p. 100 des maladies infectieuses s'était amorcée avant l'usage des antibiotiques. Si on essaie de voir quelle a été la cause de cette diminution des maladies infectieuses, on ne remonte pas à l'utilisation des antibiotiques, mais plutôt à une plus grande diffusion de l'eau potable, à une amélioration de l'alimentation et également à une diminution du nombre d'enfants au sein des familles. Ce sont ces facteurs qui ont fait régresser les maladies infectieuses.

On trouve d'ailleurs une situation analogue dans les pays du Tiers Monde. Ceux qui connaissent un peu les problèmes d'hygiène internationale n'ignorent pas qu'à l'heure actuelle,

[Texte]

Third World countries come not from the introduction of antibiotics but much more from the introduction of clean water supplies in those communities and elementary hygiene habits.

Mr. Lang: I can assure you that if your child or your parent developed pneumonia that was caused by a bacteria, you would use an antibiotic.

Mr. Lomas: We are certainly not disputing that fact. We are merely saying that the advances in the population's overall level of health were made prior to the introduction of antibiotics. What antibiotics has done is given us a very effective individual way of controlling the remaining levels of infectious diseases.

Mr. Lang: Well, let us agree to differ on that.

Mr. Lomas: I think Larry must have some points on that.

Mr. Lang: I think the evidence would back up my position, but let us agree to differ on that one.

Mr. Chambers: It is incorrect to say that there is a consensus on that.

The Chairman: Dr. Lang has the floor now.

Mr. Lang: We disagree on that one. You have made your point. Let us move on to a second area.

You are suggesting that you want to see re-allocation of funds from active treatment to public health care and this implies to me that you feel there is a surplus of funding in active treatment, because it is generally accepted that in chronic care treatment there certainly is not a surplus.

I wonder whether you could outline the areas—whether you feel it is the emergency departments or the intensive care units or the family physicians who are seeing 50, 60 or 70 people a day—which areas of active treatment you can suggest to me we should take the money from.

Mr. Chambers: I think in Canada we have been fortunate in the nineteen sixties and seventies that we have had policies by provincial and federal governments which have put a lid on the amount of money that is expended for health and medical care. This forces the system to find the most efficient ways and come up with an allocation based on the total dollar amount that is being put into health care.

I think in any community there is a tradeoff between where you put funds. For instance, the elderly in the community are in need of home care services and so on. What does the community do? Does the community increase its home care services? They only have so many dollars to spend on home care. Should they re-allocate those funds from the CAT scanner in the hospital or the coronary care unit to increase services for the elderly?

I guess we would submit you have a limited amount of resources for health care; it is a finite amount. All we would suggest is that when you put resources into high technology

[Traduction]

ce n'est pas l'utilisation des antibiotiques qui fait reculer les maladies infectieuses dans le Tiers Monde, mais l'approvisionnement des collectivités en eau potable et les habitudes d'hygiène élémentaire.

M. Lang: Je puis vous assurer que si votre enfant ou l'un de vos parents souffrait d'une pneumonie causée par des bactéries, vous vous serviriez d'un antibiotique.

M. Lomas: Nous ne contestons certainement pas cela. Tout ce que nous affirmons, c'est que les progrès réalisés sur le plan de la santé collective l'ont été avant la découverte des antibiotiques. Ces derniers nous ont simplement donné un remède très efficace pour combattre les maladies infectieuses sur le plan individuel.

M. Lang: Eh bien, il faudra que nous reconnaissons et acceptons nos divergences à cet égard.

M. Lomas: Je crois que Larry a quelque chose à ajouter là-dessus.

M. Lang: Je crois que les faits viendraient étayer ma thèse, mais acceptons notre divergence.

Dr Chambers: Il est inexact de dire qu'il y a unanimité à cet égard.

Le président: La parole est à M. Lang.

M. Lang: Nous ne sommes pas d'accord, comme vous venez de me le faire savoir. Passons maintenant à un autre domaine.

Vous proposez qu'on réaffecte des crédits, de façon à les faire passer des postes réservés aux traitements actifs aux soins d'hygiène publique, ce qui me porte à croire que, d'après vous, les fonds affectés aux soins actifs sont très considérables, étant donné qu'on pense en général qu'on est loin de ce compte-là au titre des soins pour maladie chronique.

Pouvez-vous me donner une idée des domaines où vous voulez qu'on retire de l'argent; s'agit-il des soins d'urgence ou des unités de soins intensifs, ou encore des fonds accordés aux médecins de famille qui voient 50, 60, ou encore 70 personnes par jour?

Dr Chambers: Depuis les années 60, le Canada a fort heureusement adopté des politiques provinciales et fédérales plafonnant les crédits affectés aux soins de santé. Cela nous force à trouver les moyens les plus efficaces de faire fonctionner le système, et donc, d'en arriver à des affectations fondées sur les sommes totales affectées au domaine de la santé.

Dans quelque collectivité que ce soit, une répartition donnée des crédits comporte son envers, son côté négatif. Par exemple, si les personnes âgées ont besoin de services à domicile, que fait la collectivité? Augmente-t-elle les services qu'elle dispense à domicile? Elle ne dispose cependant que d'un nombre limité de dollars à affecter à cela. Doit-elle donc réaffecter des crédits déjà portés au titre du tomographe axial de l'hôpital, ou encore de l'unité de soins coronariens, pour augmenter les services aux personnes âgées?

Nous soutenons que les ressources dont nous disposons pour les soins de santé ne sont pas illimitées. Tout ce que nous disons, c'est que lorsqu'on affecte ces ressources à la technolo-

[Text]

such as acute care hospitals, you are trading off public health programs for the elderly and immunization programs for youngsters and so on.

• 1540

Mr. Lang: Dr. Chambers, you are asking politicians to take money from active treatment and put it into other areas. Now, I am asking you to tell me which area I should cut it from. Do you want me to cut it from the emergency departments? Do you want me to cut it from the intensive care units? Do you want me to cut it from elective surgery, emergency surgery? Where do you want it cut from?

I am a politician. It happens that I was a doctor, but many are not doctors and they are going to need the advice of experts such as yourself. Where do you want us to cut?

Prof. Lomas: One way we can look at this is to say there are two things that go on in the health care system that I would think represents money at the moment that could be freed up. One is that we can increase our management techniques; we can better manage the system. And two is there are some things we do within the health care system that are inefficient—they basically do not work—but nevertheless, for one reason or another, they seem to have become part of the health care system. I think these are the areas.

It is not going to be the emergency department that is going to be cut, it is not going to be that internal medicine is going to be cut, it is not going to be arthroplastic surgery that is going to be cut, it is going to be an across-the-board decrease in the number of services that get delivered, which do not really work, and an increase in the efficiency with which we run the system.

Earlier on we used the example of nurse practitioners, for instance . . .

Mr. Lang: Can you tell me what services do not work? Tell me what services are not working. You have just made a statement.

Prof. Lomas: Let me try and use one example. An excellent randomized controlled trial in the United Kingdom, a short while ago, showed that if you took people who had had uncomplicated heart attacks and you either place them in the coronary care unit—what you might call the high technology—or you sent them home, the outcomes of those individuals were indistinguishable. In other words, putting people when they are uncomplicated heart attacks and over the age of 65 in a coronary care unit does not increase their health. It does nothing for them at all compared to people who go home; the outcomes are exactly the same. And yet, clearly, the cost of those two different treatment options are wildly different.

The Chairman: Dr. Lang, last question, please.

[Translation]

gie de pointe, comme les hôpitaux de soins actifs, cela signifie que, proportionnellement, les programmes d'hygiène publique à l'intention des personnes âgées et les programmes d'immunisation pour les jeunes y perdent.

M. Lang: Docteur Chambers, vous demandez là aux politiciens de retirer des fonds des traitements actifs pour les redistribuer ailleurs. Maintenant, c'est moi qui vous demande de me dire où nous devons retirer ces fonds. De l'urgence? Des unités de soins intensifs? De la médecine opératoire facultative? Où? Dites-le moi.

Je suis un politicien, mais il se trouve que j'ai été médecin. Cependant, beaucoup de mes collègues ne le sont pas et auront besoin d'être conseillés par des spécialistes comme vous-même. Où voudriez-vous que nous réduisions les dépenses?

M. Lomas: L'une des façons d'envisager le problème est de décider qu'il y a deux facteurs dans le système des soins de santé qui représentent des fonds qui pourraient se libérer. Premièrement, nous pouvons améliorer nos techniques de gestion, c'est-à-dire que nous pouvons mieux gérer notre système de soins. Deuxièmement, certains aspects de notre structure de soins de santé sont inefficaces, c'est-à-dire qu'ils ne portent pas fruit, mais sont devenus, pour une raison ou pour une autre, partie intégrante de la structure des soins. Voilà pour les deux facteurs.

Il ne s'agit pas de réduire les fonds de l'urgence, ni ceux de la médecine interne, ni même ceux de l'arthroplastie; il s'agit plutôt de diminuer de façon généralisée les services dispensés qui ne donnent pas vraiment de bons résultats, tout en augmentant l'efficacité du système.

Nous avons parlé plus tôt du cas des assistantes médicales . . .

M. Lang: Quels sont ces services qui ne donnent pas de bons résultats? Expliquez-vous, puisque vous venez de faire cette affirmation.

M. Lomas: Permettez-moi un exemple. Une excellente étude effectuée au Royaume-Uni avec un échantillonnage contrôlé a démontré récemment que les victimes de crise cardiaque sans gravité, qu'elles soient envoyées à l'unité de soins coronariens (c'est-à-dire soignées par la haute technologie), ou qu'elles soient renvoyées chez elle, réagissaient de la même façon. Autrement dit, envoyer à l'unité de soins coronariens des victimes de crise cardiaque sans gravité de plus de 65 ans ne leur permettait pas nécessairement de retrouver la santé plus vite. Ces personnes-là ne s'en tirent pas mieux que celles qui sont renvoyées chez elle; les résultats sont exactement les mêmes. Et néanmoins, entre ces deux différentes façons de traiter les patients, il y a une différence énorme de coûts.

Le président: Monsieur Lang, votre dernière question, je vous prie.

[Texte]

Mr. Lang: Mr. Chairman, this is very interesting. How do you know which heart attack is going to be complicated and which one is not going to be complicated, unless you have done a study on it and you already know?

Prof. Lomas: That has now been done. I am saying that that study has now been done and we now know.

Mr. Lang: Okay. But when somebody has a heart attack, they do not know whether it is complicated or whether it is uncomplicated, and the complications can arise three days, or a week, or two weeks after the heart attack occurs.

Prof. Lomas: No, no, these are predicted conditions . . .

Mr. Lang: Second point. You quote one study, and Dr. Halliday or I can haul out our old *New England Journals of Medicine* and quote you dozens of other studies that show the exact opposite. So why do we not give a fair representation of what is occurring in this field?

Prof. Lomas: Sorry, was that a question?

Mr. Lang: A rhetorical one, yes.

The Chairman: You can comment if you want.

Prof. Lomas: Okay. The only comment I would make is that I work in a university in the department of clinical epidemiology that has really spent a lot of time trying to develop criteria to assess the strength of evidence by looking at how well done trials are. My only answer would be that in assessing the strength of the evidence of the article I have just quoted to you, there are no doubts about that article. There were many doubts about many of the other studies you may have quoted. That would be my only response.

Mr. Lang: We would have to agree to differ on that one as well.

The Chairman: Ladies and gentlemen, I have Dr. Halliday who still wants to question. We would like to get to the Canadian Nurses Association as soon as possible, but I am in your hands. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I just have one area and I will not take long. One of our witnesses—I think it was Dr. Chambers this morning—raised the interesting subject of two-tiered medicine. This is something that has fascinated me for a number of years. In fact I can remember, probably 30 or even 35 years ago, when I too was a devotee of that concept. It is an idealism that certainly you could consider to be desirable, but when one begins to look at the ramifications of trying to achieve it, and if indeed anybody ever succeeded in achieving it, I would begin to wonder whether we should be still talking about it or not.

Let me, for instance, cite just three examples here in Canada that to me make it very difficult . . . , even at the thinking level of the people who are promoting the present bill. Let me take the Minister of Health herself, for instance. She

[Traduction]

M. Lang: Monsieur le président, tout ceci est bien intéressant. Comment savoir quelle crise cardiaque est sans gravité et laquelle est grave, tant que l'on n'a pas fait d'étude qui vous permette de le déterminer?

M. Lomas: Mais on a justement fait une étude, comme je viens de vous le dire, étude qui nous a permis de tirer ces conclusions.

M. Lang: Très bien. Mais lorsque vous avez une crise cardiaque, personne ne sait si elle sera sans gravité ou non avant trois jours, une semaine, ou parfois deux semaines après la crise.

M. Lomas: Non, il s'agit de cas prévisibles . . .

M. Lang: Autre chose: vous me citez une étude, alors que le docteur Halliday et moi-même pourrions dépoussiérer nos vieux *New England Journal of Medicine* et vous citer une douzaine d'autres études qui prouveraient le contraire. Ne ferez-vous pas mieux de broser un tableau plus juste de la situation?

M. Lomas: Était-ce une question?

M. Lang: Une question théorique, oui.

Le président: Vous pouvez commenter si vous le désirez.

M. Lomas: Très bien. Je voudrais dire tout simplement que je travaille au département d'épidémiologie clinique d'une université où nous avons passé beaucoup de temps à essayer de mettre au point des critères qui permettraient d'évaluer l'information recueillie en fonction de la façon dont l'expérience a été menée. Je vous répondrai simplement qu'à la lueur d'une évaluation de l'information proposée dans l'article que je vous ai cité, les résultats ne font pas de doute, alors que les autres études que vous auriez peut-être citées en ont soulevé beaucoup. Voilà ce que je vous dirais.

M. Lang: Dans ce cas, nous devons convenir que nous ne sommes pas d'accord.

Le président: Mesdames et messieurs, M. Halliday veut encore interroger les témoins. Nous voudrions entendre l'Association des infirmières et infirmiers du Canada le plus rapidement possible, mais je m'en remettrai à votre décision. Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Il n'y a qu'une chose qui m'intéresse, et ce ne sera pas bien long. Je pense que c'est le Dr Chambers qui a parlé ce matin de cette chose bien intéressante qui me fascine depuis un certain nombre d'années, c'est-à-dire la médecine à deux paliers. En fait, il y a 30 ou 35 ans, j'étais même un ardent défenseur de ce concept. C'est un concept qui, dans l'idéal, est certainement souhaitable; mais lorsqu'on se rend compte de tout ce que cela pourrait entraîner comme conséquences, en supposant qu'on atteigne un jour cet objectif, c'est à se demander pourquoi l'on continue toujours à en parler.

Je vous citerai trois exemples de ce qui se passe déjà au Canada, choses qui rendent, pour moi, la réalisation de cet objectif très difficile, même pour ceux qui, au niveau conceptuel, poussent le projet de loi actuel. Prenons l'exemple du ministre de la Santé, qui a dit elle-même publiquement que si

[Text]

has said publicly that if she could not get the care she wants in Canada she would go to the United States of America.

• 1545

The Minister has had a letter, and I have had a copy of it, from the physician in charge and head of the Department of Cardiovascular Surgery at Victoria, B.C. He has written—in a very good letter, which you should probably have a look at, if you are interested in this whole problem—that people in the lower mainland area will all go down to Seattle, if they cannot get the kind of care that should be available in Canada and that they know is available in the United States.

In Montreal right now, I was informed just this week, the Quebec Government, because of the bureaucratic and Draconian measures they are exerting on the medical profession and on the people of Quebec, has said that there are only certain types of prostheses you may have in your hip, if you need to have a hip prosthesis put in. The surgeon in charge of the patient says: That is not the best one for you; if you want to buy this one, I will get it for you and you pay for it.

My submission, Mr. Chairman, to the two witnesses, is this: are those not three examples of two-tiered medicine? And are there ways, that you see, whereby we can eliminate that?

Let me add one more comment parenthetically: I have been assured, by very reliable sources . . . and I can describe the three tiers, if you wish, that exist in the British system right now. They do not have two tiers any more, they now have three tiers over there.

What I am saying is that wherever people have tried to exercise, or bring in, a one-tiered system it has failed. I do not want to see our system fail; I want to see our system progress and do better. I assume that Canadians want to have a high quality of medical care—not limited. One of you intimated just this afternoon that we have to tailor our plans to suit the dollars available; I think that is a very dangerous area to get into as well.

Perhaps, Mr. Chairman, we could have some intimation from our witnesses as to how much they really believe we can achieve in the way of a one-tiered system, when the Minister herself will go to the States, the people on the lower mainland of B.C. will go to the States, and in Quebec, where you have the kind of plan that we are apparently heading for, you now have to buy your own prosthesis if you want to get the best one.

Dr. Chambers: I think my response to that would be that in the Canadian system we have decided, on the political basis, that a certain amount of funds is available for health and medical care, that hopefully we will not take money out of that to put into defence, for instance, that we will be able to keep that amount up.

The other thing about a two-tiered system is that we need to ensure—and this is the challenge for politicians and health professionals across the country . . . that the main tier, the base tier, is comprehensive in the type of care that is provided and

[Translation]

elle ne pouvait se faire soigner de la façon voulue au Canada, elle se rendrait aux États-Unis.

Le ministre a reçu une lettre, dont j'ai eu copie, envoyée par le médecin en chef du département de chirurgie cardiovasculaire de Victoria, en Colombie-Britannique. Puisque tout ce problème vous intéresse, vous devriez lire cette lettre fort intéressante dans laquelle le médecin écrit que les habitants du sud de la province se rendent tous à Seattle lorsqu'ils ne peuvent obtenir les soins voulus au Canada, alors que ceux-ci sont dispensés aux États Unis.

Enfin, je viens d'apprendre cette semaine que le gouvernement du Québec, en imposant des mesures bureaucratiques et draconiennes aux médecins et, par ricochet, à tous les Québécois, a décrété que seuls certains genres de prothèses de la hanche pouvaient être assurés, et que ce n'était pas nécessairement la meilleure. Le chirurgien se voit donc obligé de dire à son patient que s'il désire obtenir la meilleure prothèse qui soit, il sera obligé de la payer de sa propre poche.

Voici ce que je demande, monsieur le président, à nos deux témoins: est-ce que ce ne sont pas là trois exemples d'une médecine à deux paliers? Comment pensez-vous éliminer ces cas?

J'aimerais ajouter autre chose de façon incidente: des sources bien informées m'ont décrit avec force détails le système britannique à trois paliers qui existe actuellement et que je pourrais vous décrire. Il ne s'agit même plus de deux paliers, mais bien de trois paliers dans ce pays-là.

J'essaie de vous faire comprendre que partout où l'on a essayé d'introduire un système généralisé, à un seul palier, on a échoué. Je ne veux pas que notre propre système échoue; je veux au contraire qu'il progresse et s'améliore. J'imagine que les Canadiens veulent avoir des soins médicaux de très grande qualité, qui ne soient pas limités. L'un de vous a donné à entendre cet après-midi que nous devons faire correspondre nos régimes de santé aux fonds disponibles, ce qui me semble une proposition fort dangereuse.

Monsieur le président, nos témoins pourraient peut-être nous indiquer s'ils croient vraiment que nous pouvons atteindre un système généralisé, à un seul palier, alors que la ministre elle-même est prête à se rendre aux États-Unis, tout comme les habitants du sud de la province de la Colombie-Britannique, et alors que, au Québec, là où existe le genre de régime que l'on semble vouloir imiter, il est nécessaire, pour obtenir la meilleure prothèse, de l'acheter soi-même.

Dr Chambers: Je vous répondrai que le système canadien a décidé, dans sa sagesse politique, de consacrer certains fonds à la santé et aux soins médicaux, fonds qui, nous l'espérons, ne seront pas redistribués ailleurs, comme à la défense, par exemple, mais qui lui seront toujours réservés.

Ensuite, le système à deux paliers est tel qu'il représente un défi pour les politiciens et les professionnels de la santé au Canada: ceux-ci doivent faire en sorte que le niveau de base, c'est-à-dire le niveau principal, est suffisamment exhaustif

[Texte]

that the second tier is only extra care, the extras—something like buying a thin rug versus a thick rug. We have to design a system that guarantees that the majority of people have access to that essential service.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, that last sentence provokes one supplementary question. I agree with the witness that we should guarantee that everybody will have a minimum of essential service—or whatever the words were that you used. But you are going to deny any other person who wants to get something a little better that is available somewhere else, or available in Canada. You want to deny them that opportunity, in a free country, do you not—if they will pay for it themselves?

Dr. Chambers: I just do not know what the mechanism should be. Should it be a national television campaign for a kidney transplant? What about all the resources, those same resources? Should those have been put into other children or other groups in society? There are some problems with the extras.

The Chairman: Thank you very much, Doctor.

If there are no further questions—I know there could be more. I want to thank the representatives of the Canadian Public Health Association for being with us this morning and this afternoon, and the split period in between. Thank you very much. Do you have a final comment?

Dr. Chambers: Thank you very much, Mr. Chairman. We very much appreciate the opportunity to come. We enjoyed the discussion and thank the committee members for their good comments.

The Chairman: Thank you.

I would like to call the Canadian Nurses' Association to come to the front now, please.

• 1550

The Chairman: Order, please. We are pleased to have with us today a delegation from the Canadian Nurses Association. We have Dr. Helen Glass, President, and Ms Ginette Rodger, the Executive Director.

Dr. Glass, I gather that you have an opening statement. We have received your brief. Thank you very much. We would be pleased to hear your fairly brief opening statement because we want to have a fair amount of time to question.

Dr. Helen Glass (President, Canadian Nurses Association): Thank you.

Mme Ginette Rodger (directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Monsieur le président, nous vous remercions d'avoir invité l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui compte 169,000 membres au pays.

[Traduction]

pour offrir à peu près tous les genres de soins, et que le palier supérieur ne représente que les soins supplémentaires, c'est-à-dire les extra. C'est un peu comme si on décidait d'acheter un tapis plus épais, alors qu'on nous offre un tapis ordinaire. Nous devons concevoir un système qui garantisse à la majorité des citoyens qu'ils ont accès aux services essentiels.

M. Halliday: Monsieur le président, cette dernière phrase suscite chez moi une question supplémentaire. Je conviens avec le témoin qu'il faut garantir à tous les citoyens de recevoir un minimum de services essentiels—j'ai oublié les mots qui ont été utilisés. Mais allez-vous refuser à toute autre personne qui désire obtenir de meilleurs soins, lorsque ceux-ci sont disponibles au Canada ou ailleurs, la possibilité de le faire si elle est capable de se le permettre financièrement? Nous sommes en pays libre, après tout.

Dr Chambers: Je ne sais trop comment il faudrait procéder. Devrait-on faire une campagne nationale à la télévision pour chaque greffe du rein? Que faire de toutes ces ressources, ces mêmes ressources? Doit-on les consacrer aux enfants ou aux autres groupes de la société? C'est un des aspects du problème que soulèvent ces extra.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Chambers.

Je sais qu'on pourrait continuer à interroger les témoins, mais j'aimerais maintenant remercier les représentants de l'Association canadienne d'hygiène publique d'avoir comparu ce matin et cet après-midi. Merci beaucoup d'avoir accepté une coupure dans votre horaire. Avez-vous un dernier commentaire à faire?

Dr Chambers: Merci beaucoup, monsieur le président. Nous avons été très heureux de comparaître, nous avons trouvé la discussion très intéressante, et nous remercions les membres du Comité de leurs commentaires instructifs.

Le président: Merci.

Je demande maintenant à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada de prendre place.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Nous avons le plaisir de recevoir aujourd'hui l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Elle est représentée par le docteur Helen Glass, présidente, et M^{me} Ginette Rodger, directrice générale.

Madame Glass, je crois que vous avez une déclaration préliminaire à faire. Nous avons reçu des exemplaires de votre mémoire, et nous vous en remercions. Nous serions heureux d'entendre votre déclaration, qui est assez brève, et nous aurons ensuite suffisamment de temps pour les questions.

Dr Helen Glass (présidente, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Merci.

Ms Ginette Rodger (Executive Director, Canadian Nurses' Association): Mr. Chairman, we thank you for your invitation to the Canadian Nurses' Association, which has some 169,000 members throughout the country.

[Text]

Comme vous l'avez dit, le docteur Helen Glass fera la présentation, et nous répondrons aux questions par la suite.

La copie française de notre mémoire vous sera présentée dans les délais stipulés. Malheureusement, le temps ne nous a pas permis de vous le présenter aujourd'hui.

Docteur Glass.

Dr. Glass: Thank you very much for the opportunity to present the views of the Canadian Nurses Association to your committee. It is indeed a pleasure. We would like to commend the government for taking the initiative to introduce the proposed Canada Health Act, and we would like further to commend the all-party agreement on the importance of supporting this act. We see it as a reference point for health care legislation in the future. It will have a long-term effect on health care services and the quality of life of Canadians.

The proposed act has been designed to preserve medicare, which is important and praiseworthy in its effort to control extra-billing and user fees. Our disappointment with the proposed act, however, is that substantive health policy issues are ignored. The opportunity is here to reform the health care system, yet it is ignored in this bill. Without such reform, we will face a major crisis in health care in the immediate future. For example, our elderly population will increase from 8% now to 11% in the year 2001. If there is no reform of the system, where currently there is 42% utilization of beds by the elderly, there will be 71% usage in 2001.

The social structure of society is changing, but this proposed legislation is ignoring the need for a design for a future-oriented system. It is ignoring the need for cost-effective, efficient use of appropriate health care resources and delivery systems, such as the use of nurses in alternate modes of delivery. In fact, it is a reassertion of a costly crisis-oriented system.

Our brief has focused mainly on the principle of comprehensiveness, addressing three elements: Settings, or where services are delivered, providers of health care services and the nature of health care services. Presently in the Act, insured services are restricted to hospital settings. But there are many more settings where health care is provided. It is clear that the definition is too limited. It should include at least mental health care settings. However, merely broadening the definition is inadequate. It must attend to extended health care services offered outside of hospitals: schools, industry, community health clinics, nursing homes, homes and other types of clinics. If we are to have a comprehensive health care system, these settings would have to be insured. We need community-based services. Some 30% of acute-care hospital days could be spent in less costly nursing homes. One-third of acute-care beds are occupied by those who really do not need this kind of care; for example, the elderly.

[Translation]

As you mentioned, Dr. Helen Glass will make the presentation and we will then answer your questions.

The French version of our brief will be presented to you within the prescribed period. Unfortunately, we did not have enough time to have it ready for you today.

Dr. Glass.

Dr Glass: Nous vous remercions d'avoir invité l'Association des infirmières et infirmiers du Canada à comparaître devant votre Comité. C'est un plaisir pour nous. Nous voudrions féliciter le gouvernement d'avoir pris l'initiative du projet de loi canadienne sur la santé, et nous sommes heureux de constater que tous les partis conviennent de l'importance de cette loi. Nous la considérons comme un point de repère pour la législation dans le domaine de la santé à l'avenir. Elle aura un effet à long terme sur les services de santé et la qualité de la vie des Canadiens.

Le projet de loi se propose de protéger le droit aux soins médicaux, ce qui est important et louable, en essayant de contrôler la surfacturation et les frais modérateurs. Mais nous sommes déçus de remarquer que le projet de loi ne tient aucun compte de certaines questions fondamentales de politique dans le domaine de la santé. Nous avons ici l'occasion de réformer le système de soins médicaux, mais nous n'en profitons pas. Sans cette réforme, nous allons nous trouver devant une grave crise de notre système dans un avenir rapproché. Par exemple, notre population âgée va augmenter de 8 p. 100 maintenant à 11 p. 100 en l'an 2001. Si le système n'est pas réformé, là où 42 p. 100 des lits sont actuellement occupés par les personnes âgées, la proportion s'accroîtra à 71 p. 100 en l'an 2001.

La structure sociale de notre société est en train de changer, mais ce projet de loi ne tient pas compte de la nécessité de prévoir un système en fonction de nos besoins futurs. Il ne tient pas compte de la nécessité d'une utilisation rentable et efficace des ressources et des systèmes sanitaires appropriés, comme le recours aux services d'infirmières parmi différentes possibilités de prestation. En fait, le projet réaffirme le système actuel, un système coûteux et conçu pour répondre à des situations de crise.

Notre mémoire parle surtout du principe d'un système global et considère trois aspects: le cadre, c'est-à-dire l'endroit où on peut obtenir les services, les prestataires des services de santé et la nature de ces services. Dans la version actuelle de la loi, les services assurés sont limités aux services donnés dans le cadre d'un hôpital. Mais il y a beaucoup plus de cadres où les services de santé sont offerts. Il est évident que la définition est trop restreinte et devrait comprendre au moins les cadres où sont fournis les services ayant trait à la santé mentale. Mais le simple fait d'élargir la définition ne suffit pas. Elle doit aussi prévoir les services de santé complémentaires fournis ailleurs que dans les hôpitaux: dans les écoles, les cadres industriels, les dispensaires, les maisons de retraite et de convalescence, et autres sortes de cliniques. Si nous voulons avoir un régime d'assurance-santé intégral, nous devons assurer aussi les soins offerts dans ces cadres. Il nous faut des services communautaires. Quelque 30 p. 100 des journées de traitement dans les hôpitaux de soins actifs pourraient se passer dans des institutions moins coûteuses, comme les maisons de convalescence ou

[Texte]

Mr. Epp: What was that figure? I am sorry to interrupt.

Dr. Glass: I am sorry. One-third. Many extended health care services are not insured and we have recommended in our brief that they be insured and that these services be phased in positively. But there could be another approach to this, and we are asking that it be looked at. It is a no-setting approach. We could define insured health services more realistically by defining the nature of the services and by defining authorized providers of services.

A major disappointment of the Bill is the reaffirmation of the position of the physician as the sole point of entry to the system. This is a counter development to an efficient cost-effective health care system. It contradicts a declaration of the Bill that one of its health care policy objectives is to encourage effective allocation of the nation's health care resources. In fact, it perpetuates the existing inefficiencies.

• 1555

We have demonstrated repeatedly the efficient, cost-effective use of nurses as alternate modes of delivery of health care. The advantages stem from the fact that nurses are educationally prepared to assume new roles and they can provide lower-cost alternatives to costly physician and hospital services, a fact that has been publicly acknowledged by Madam Bégin. We are recommending that nursing services, therefore, be insured.

We have been told that constitutionally this power is in the hands of the provinces, that the federal government does not have the power to insist on who can provide services covered in the Bill. If this is correct, the constitutional division of powers would not permit the Bill to have identified only physicians' and dentists' services as insured services.

It would be more accurate for the Bill not to declare any one set of health care practitioners as the only ones to provide insured services. If this is the case, we suggest the Bill leave the question of who can provide services to the provinces, but if the federal government can stipulate, we believe nurses should be included. If a new definition of the provider has to be introduced into the Bill, we suggest the definition of the health care practitioner is appropriate, and further, we have recommended such a definition in our brief.

In regard to the nature of the services, right now it is indirectly defined in the Bill, and we have recommended that it be clearly defined as services that promote, conserve and restore physical and mental health, ameliorate or prevent illness and disability.

[Traduction]

de repos. Un tiers des lits dans ces hôpitaux de soins actifs sont occupés par des gens qui n'ont pas vraiment besoin de ce genre de soins, comme, par exemple, les personnes âgées.

M. Epp: Quel était ce chiffre? Je m'excuse de vous interrompre.

Dr Glass: Un tiers. Beaucoup des services de santé complémentaires ne sont pas assurés, et dans notre mémoire, nous recommandons de les assurer et d'établir un échéancier progressif à cet effet. Mais il pourrait y avoir une autre façon d'aborder cette question, et nous vous demandons de l'étudier. Il s'agit d'une approche qui ne précise pas le cadre. Nous pourrions définir les services de santé assurés de façon plus réaliste, en définissant la nature des services et en précisant quels sont les prestataires autorisés de ces services.

Nous sommes très déçus de voir que le projet de loi réaffirme que le médecin est le seul point d'accès au système. Cela va à l'encontre d'un système d'assurance-santé efficace et rentable. Cela contredit une affirmation du projet de loi selon laquelle l'un de ses objectifs en matière de politique de santé est de promouvoir une répartition plus efficace de nos ressources nationales dans le domaine de la santé. En fait, le projet ne fait que maintenir les inefficacités actuelles.

Nous avons démontré à plusieurs reprises que le recours aux infirmières constitue une solution de rechange efficace et rentable pour la prestation de services de santé. La formation des infirmières les prépare à accepter de nouvelles fonctions et elles seraient capables d'offrir à un moindre coût des services coûteux fournis par des médecins et des hôpitaux, fait qui a été reconnu publiquement par M^{me} Bégin. Nous recommandons donc que les services des infirmières soient assurés.

On nous a dit que d'un point de vue constitutionnel, ce pouvoir relève des provinces et que le gouvernement fédéral n'a pas le pouvoir de préciser qui peuvent être les prestataires des services assurés par le projet de loi. Si cela est exact, le partage constitutionnel des pouvoirs ne permettrait pas au projet de loi d'avoir identifié seulement les services des médecins et des dentistes comme étant des services assurés.

Il aurait été préférable que le projet de loi ne désigne aucune catégorie de professionnels de la santé comme étant les seuls pouvant offrir des services assurés. Si c'est le cas, nous proposons que le projet de loi laisse aux provinces le soin de décider qui pourra fournir les services, mais si le gouvernement fédéral a le pouvoir de le préciser, nous croyons qu'il faudrait comprendre les infirmières. S'il est nécessaire d'introduire dans le projet de loi une nouvelle définition du prestataire, nous croyons qu'il conviendrait d'identifier les spécialistes de la santé, et nous avons fait une recommandation à cet effet dans notre mémoire.

Pour ce qui est de la nature des services, pour l'instant, elle est indirectement définie dans le projet de loi, et nous recommandons que ces services soient clairement précisés comme étant des services visant à promouvoir, à conserver et à restaurer la santé physique et mentale et à empêcher la maladie et l'invalidité.

[Text]

In light of what we have said, we have proposed a new definition of insured services. Even though the bulk of our recommendations is on comprehensiveness, I would like to take a few minutes to touch other principles.

In regard to universality, we support the 100% coverage. We trust the Bill clearly implies that a person's premium status is not a factor in determining whether or not she or he is an insured person. This principle is important enough for us to ask the committee to make mandatory the penalty for violation of this principle.

As for accessibility, we fully support the attempt to control extra-billing and user fees. We would like to see the use of accumulated, non-refundable penalties earmarked for health purposes. We support the principles of portability, public administration and the conditions of payment as in the Bill.

Throughout our recommendations we have identified areas that should be looked at in depth and that may lead to long-term improvement of the Bill. We have recommended that a health care council be established to monitor the performance of medicare and recommend changes in health policy.

We do thank you, Mr. Chairman, for the opportunity and would be pleased to respond to questions.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Glass. I will start with Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman, and to our witnesses.

If members of the committee will allow me one minute to speak as a Manitoban, I want to say, Dr. Glass, that not only as the President of the Canadian Nurses Association but as a Manitoban, you have done a lot of us proud, not only today but in the manner in which you have given leadership to the Canadian Nurses Association. There is no doubt in my mind that the representations we have received, even before the proposed Canada Health Act saw the light of day, from people such as Ms Rodger and Ms Dick and others have been very helpful in also formulating our thoughts. We want to thank you for that.

On the brief you have before us, I do not have a lot of points to argue with. That is almost an uncomfortable—at least, very unfamiliar—position for me. But there are a number of areas on which I do want to receive clarification, if I might.

• 1600

First, I would like to take page 6. I have been told that the brief I have been using is not packaged quite as nicely as the one you handed out today, but I think the pages are the same. On page 6 you talk about a mandatory penalty. You direct yourselves to the Bill itself. Could you explain for me how you would visualize a mandatory penalty in the Bill working if a

[Translation]

Compte tenu de ce que nous avons dit, nous avons proposé une nouvelle définition des services assurés. Même si la plupart de nos recommandations portent sur l'intégralité, j'aimerais prendre quelques minutes pour aborder quelques autres principes.

Pour ce qui est de l'universalité, nous voulons que toute la population du pays soit assurée. D'après notre interprétation du projet de loi, la question du paiement de la prime d'un citoyen n'est pas un facteur qui détermine s'il est assuré ou non. Nous estimons que ce principe est suffisamment important pour que le Comité impose une pénalité en cas de violation.

Quant à l'accessibilité, nous appuyons tout à fait l'effort visant à contrôler la surfacturation et les frais modérateurs. Nous voudrions que les pénalités accumulées et non remboursables soient réservées pour des dépenses sanitaires. Nous appuyons les principes de la transférabilité, de l'administration publique, et les conditions de paiement précisées dans le projet de loi.

Partout dans nos recommandations, nous avons identifié des domaines qu'il faudrait étudier en détail, et où il serait peut-être possible d'apporter des améliorations à long terme au projet de loi. Nous avons recommandé l'établissement d'un conseil des soins de santé, chargé de contrôler le fonctionnement du système d'assurance-santé et de préconiser des changements à la politique de santé.

Nous vous remercions encore une fois, monsieur le président, de nous avoir donné cette occasion, et nous serions heureuses de répondre à vos questions.

Le président: Merci beaucoup, madame Glass. Je vais commencer par M. Epp.

M. Epp: Je remercie d'abord nos témoins.

Si les membres du Comité me permettent de dire quelques mots en tant que Manitobain, j'aimerais dire au docteur Glass qu'elle nous donne des raisons d'être fiers, non seulement de son exposé d'aujourd'hui, mais en tant que présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et aussi en tant que Manitobaine. Je suis convaincu que les points de vue que nous avons entendus—même avant la rédaction du projet de loi canadienne sur la santé—de personnes comme M^{me} Rodger et M^{me} Dick et d'autres, nous ont été très utiles dans l'élaboration de nos pensées. Nous voudrions vous en remercier.

Il n'y a pas beaucoup de points de votre mémoire que je ne peux pas accepter. C'est une situation qui me met presque mal à l'aise; cela n'arrive pas très souvent. Mais j'aurais quelques précisions à vous demander.

Prenons d'abord la page 6. On me dit que le mémoire que j'utilise n'est pas aussi bien présenté que celui que vous avez distribué aujourd'hui, mais je crois que la pagination est la même. À la page 6 vous parlez d'une pénalité obligatoire. Vous parlez du projet de loi lui-même. Pourriez-vous m'expliquer comment une pénalité obligatoire pourrait avoir l'effet voulu si

[Texte]

province said that the amount of extra-billing and/or user fees was less than the amount or perceived amount of savings they were realizing because of the deterrent value that that province might place on that user fee or extra-billing? I am not getting into the philosophical argument of whether or not it is a deterrent; I am simply arguing that some provinces might use that argument.

In other words, let us look at Ontario: \$50 million of extra-billing this year. They might use the argument that in terms of their fee structure the savings to the taxpayer of Ontario might be equal to or greater than the penalty. How do you see your mandatory penalty working then?

Dr. Glass: I think it would be important to recognize that the system at present is not being as efficiently run as it could be, and therefore I would suspect that the root would be much more centred in that aspect and indeed that would be probably basic to the fact that they are in difficulty.

Mr. Epp: I can see the political reality of, let us say, a province not conforming to the 100% universality or the extra-billing and this amount accumulating over the three-year period, if we just take the provisions of the Bill, and eventually from a political point of view that province or that government facing the charge that when a program is being requested, apart from health, and they say that they cannot afford the program... the argument being: Look, if you would get the money that is now being withheld through the Canada Health Act, you might be able to afford that project, whatever it might be. I can see the political argument. I am just more concerned about the administrative reality of a mandatory penalty.

Ms G. Rodger (Executive Director, Canadian Nurses Association): Mr. Chairman, I believe that when on page 6 we asked that this penalty be considered, our main concern about this penalty was that when you look at user fees and extra-billing and what they do—not from a financial point of view because the amounts, if you look at the overall, are not massive amounts—the problem with extra-billing and user fees is very much of a philosophical nature of eroding the basis of our health care system. We feel that if those two little chronic diseases are not taken care of right now they have very great potential to disrupt our system.

We have looked at accessibility. If we look at universality then we are considering that one of the very important characteristics of our health care system, which is different from many places in the world, is that it does not matter how rich you are or how poor you are, or if you have a terminal illness or just an elective illness that is more favoured by the private system, or what education you have or where you live, you are going to have some care. Now, the universality says let us cover 100% of our residents in Canada. We figure that this principle is as important as the principle of accessibility for our whole health care system to be articulated. It sounds very strange to us that the principle of accessibility, to try to prevent erosion, has been labelled with a mandatory penalty

[Traduction]

la province disait que le montant que représentaient la surfacturation et/ou les frais modérateurs était moindre que le montant des économies réalisées grâce à l'effet dissuasif de ces deux pratiques? Je ne veux pas parler ici du fond de la question, c'est-à-dire si oui ou non ces pratiques ont un effet dissuasif; je dis simplement que certaines provinces pourraient utiliser cet argument.

Prenons le cas de l'Ontario: 50 millions de dollars en surfacturation cette année. La province pourrait peut-être prétendre que compte tenu de son barème d'honoraires, les économies pour le contribuable ontarien compenseraient la pénalité ou même la dépasseraient. Dans un tel cas, quelle serait l'utilité de cette pénalité obligatoire?

Dr Glass: Il serait important de reconnaître que le système à l'heure actuelle n'est pas géré de façon aussi efficace qu'il pourrait l'être. C'est sans doute là qu'il faudrait chercher la cause de toutes les difficultés.

M. Epp: Du point de vue politique, je puis comprendre qu'une province ne se conforme pas à 100 p. 100 à cette règle de l'universalité ou de la surfacturation et que ces sommes s'accumulent au cours d'une période de trois ans. Je peux comprendre, toujours d'un point de vue politique, qu'une province ou qu'un gouvernement provincial prétende que c'est précisément à cause de la Loi canadienne sur la santé que l'on ne peut fournir tel ou tel service. Je peux comprendre cela du point de vue politique. Je me préoccupe cependant davantage de la réalité administrative d'une pénalisation obligatoire.

Mme G. Rodger (directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Canada): Monsieur le président, lorsque nous avons demandé à la page 6 de notre mémoire d'étudier la possibilité d'une telle pénalisation, nous pensions que ce sont précisément ces frais modérateurs et la surfacturation qui érodent notre système de soins de santé. Nous ne parlons pas ici d'un point de vue financier parce que les montants en cause ne sont pas des montants très importants. Nous estimons que les frais modérateurs et la surfacturation sont comme deux petites maladies chroniques qui doivent être soignées immédiatement sans quoi elles perturberont tout notre système.

Nous avons étudié la question de l'accessibilité, de l'universalité des soins. Si nous comparons notre système à celui des autres pays, nous nous rendons compte qu'il est accessible à tous, riches ou pauvres, malades terminaux, personnes se prévalant de la chirurgie électorale, personnes très éduquées ou non. Nous estimons que ce principe de l'universalité est aussi important que le principe de l'accessibilité et il nous semble très étonnant de prévoir une pénalisation obligatoire dans le cas de l'accessibilité alors qu'il n'en va pas de même pour le principe de l'universalité, qui est à notre avis tout aussi important.

[Text]

while a principle as important, universality for all Canadians, would not be considered in the same light.

We know that administratively government has all the tools necessary to work out all the regulations to block all those little holes, and we do not intend to substitute ourselves for you people. But we say that it is important enough, as a principle, that the penalty should be reconsidered by you people to put it as a mandatory penalty. That is all we are saying.

• 1605

Mr. Epp: I then ask this question, if I may. Not only today, but consistently, the Canadian Nurses Association has been putting forward the position that the health care system is not comprehensive enough; that it is too chronic-disease oriented; not enough preventive health care. I agree with those terms. I have no difficulty with them. In a practical sense, have you any figures or any projections? For instance, you mentioned today, Dr. Glass, that about one-third of acute-care hospital beds are filled by people in chronic care; that 30% of these people could be in nursing homes and so forth. Have you any projections, knowing that health care funds also are finite? The tax paying public has only so much money to expend. Let us say we are looking roughly at a \$30 billion global expenditure for Canadians today. How could we rejig the system to meet your objectives, and yet meet the financial requirements that all of us who have studied the system know restrict us in what we would like and what we can afford.

Dr. Glass: I do not think we have projections of figures *per se* as you are identifying that you need. What we do know, though, is that the alternative kind of delivery of services, for example, if you have people in a hospital bed, you are at a minimum of \$300 to \$400 a day. If you have them at home, it is approximately \$20 for the services. Now, that kind of thing then has to be taken into consideration. Exactly how that projection would come out in figures is rather difficult to say at the moment. Certainly if you look at the basic figures, you can see immediately that such a situation then is really not acceptable. That can be multiplied many, many times, because if we keep people in hospitals, in an expensive institution, and if we continue also to channel them through an expensive system, the physician hospital system, which is how they get into this hospital in the first place—and that, too, in difficult to project in figures . . . I think on the very face of it, one can see that the costs are going to be tremendous. We cannot go that direction. We are going to have so many more people needing this kind of care. That is just one aspect of it.

Mr. Epp: May I ask a question that haunts at least some of us, and that is this: I think we are interested in changing the system to the principles you espouse. There is no philosophical argument. The question I guess is more the how. I have mentioned the global amount of money. I think generally Canadians would accept that governments, both at the provincial and federal level, have tried to meet their commitments as best they are able. If we allow . . . I should be careful with this—you talked earlier about the nursing services; could it not be included as an insured service.

[Translation]

Nous savons que les gouvernements ont à leur disposition tous les mécanismes administratifs qui leur permettent de régler toutes ces questions. Nous n'avons pas l'intention de nous substituer à eux. Cependant, ce que nous disons, c'est qu'il est important de réétudier toute cette question de pénalisation et de la rendre obligatoire.

M. Epp: Je voudrais vous poser la question suivante. Depuis longtemps, et pas seulement aujourd'hui, l'Association canadienne des infirmiers et infirmières va répétant que le système de santé est incomplet, est trop accaparé par le soin des malades chroniques et ne se préoccupe pas suffisamment de prévention. Je suis d'accord dans l'ensemble mais pouvez-vous citer des chiffres à l'appui? Par exemple, vous avez dit hier que près d'un tiers des lits des hôpitaux de soins actifs sont occupés par des malades chroniques et que 30 p. 100 de ceux-ci pourraient être placés en maisons de repos. Avez-vous des projections, sachant que les ressources que l'on peut consacrer à la santé sont limitées? Il y a une limite à ce que le contribuable peut verser. Aujourd'hui, la facture totale de la santé est d'environ 30 milliards au Canada. Comment faudrait-il réorganiser le système pour réaliser vos objectifs sans imposer à la collectivité un fardeau financier excessif?

Dr. Glass: Nous n'avons pas de projections chiffrées mais nous savons que les services de santé de remplacement . . . Par exemple, une journée d'hôpital coûte de 300\$ à 400\$. Si le patient est à domicile, on peut le soigner pour près de 20\$. C'est le genre de facteur dont il faut tenir compte. À quels chiffres globaux pourrait-on aboutir; c'est difficile à dire pour le moment. Il suffit de regarder la situation actuelle pour voir qu'on ne peut pas perpétuer cette tendance car on aurait une explosion de coûts si l'on voulait continuer à soigner en hôpital, c'est-à-dire dans un milieu très coûteux, le système médecin-hôpital . . . C'est par le médecin que les malades aboutissent à l'hôpital et, là aussi, il est difficile de chiffrer . . . Il est manifeste que le coût va devenir énorme si l'on poursuit dans cette voie, si la tendance est maintenue car le nombre de patients hospitalisés ne cessera de s'accroître avec le vieillissement de la population.

M. Epp: J'aimerais vous poser la question qui hante au moins certains d'entre nous et qui est de savoir comment faire pour changer le système. Sur le principe nous sommes d'accord avec vous. J'ai parlé de la facture globale et dans l'ensemble je crois que les Canadiens admettent que les gouvernements, que ce soit au niveau provincial ou au niveau fédéral, se sont acquittés de leurs responsabilités le mieux possible. Si nous laissons—je dois choisir mes termes avec prudence—vous parliez tout à l'heure des services infirmiers; ces services ne pourraient-ils pas devenir remboursables par l'assurance-maladie?

[Texte]

Dr. Glass: Right.

Mr. Epp: I think we have to look back at the federal-provincial negotiations. We are not trying to pass the buck. That is just the way a federation works. But, having said that, let us ask the blunt question: If we retain the costs we now have and we allow first-time entry, such as you propose for the short term—not the long term, because we could then get community health care and so forth for the short term—could we not see a bubble in increased expenditures?

Ms Rodger: Mr. Chairman, what do you mean by first-time entry?

Mr. Epp: For instance, right now you say that a patient starts the financial cost to the system rolling, when he or she sees a doctor, when a doctor admits them or when they come to an emergency ward and so forth. I understand from your presentation that you want the numbers of those entries to be broadened—for instance, community health clinics and so forth. Could we not make the argument that if there are more services provided, for a short period of time we could face a bubble of increased expenditures for the next three or five years until the cost-effectiveness in fact starts going through the system?

• 1610

Dr. Glass: It is possible there are going to be some initial beginning costs. But I think we are forgetting that we are suggesting alternatives, and some of those alternatives are considerably less in cost. For example, a nurse who is operating, let us say out of a church, out of a storefront clinic, out on the street with drug addicts, as has been the case for example in Vancouver, where they are not getting into the system unless we go to them, those kinds of services are not high overhead services. Nurses are not high-overhead people. I think we have to pay attention to that if we are going to start restructuring the system.

Yes, there may be some additional costs, and obviously we may have to see that those are instituted if we are going to get this kind of thing rolling. On the other hand, the inherent cost savings are there, and we have demonstrated that now over and over again in terms of the utilization of nurses.

The Chairman: Mr. Epp, I will get back to you again, if I can.

Mr. Epp: May I have one last question?

The Chairman: A short one, please.

Mr. Epp: Thank you.

Would the Canadian Nurses Association be willing to enter into an experimental stage whereby moneys outside of the established programs financing, which basically covers our system now, are used? Would they be willing to enter an experimental phase with specific models to create specific models whereby we could experiment with these proposals you suggest? What would be your reaction to that?

Dr. Glass: Most certainly. But I also would like to point out that we have already demonstrated the cost savings of

[Traduction]

Dr Glass: Oui.

M. Epp: Cela nécessiterait donc des négociations fédérales-provinciales. Ce n'est pas que nous essayions de nous décharger sur d'autres mais c'est ainsi que les choses se font dans une fédération. Mais posons donc la question brutalement: Si nous conservons les coûts que nous subissons déjà et que nous multiplions les points d'accès comme vous le proposez, par l'intermédiaire des dispensaires communautaires, etc., est-ce que nous n'allons pas dans un premier temps obtenir un gonflement du coût?

Mme Rodger: Qu'entendez-vous par multiplication des points d'accès?

M. Epp: Par exemple, aujourd'hui le patient déclenche le mécanisme financier dès lors qu'il consulte un médecin, que celui-ci le fait admettre à l'hôpital ou que le malade se présente au service d'urgence, etc. Si j'ai bien compris votre présentation, vous souhaitez multiplier le nombre de ces points d'accès, notamment au moyen des dispensaires de quartier, etc. Ne pourrait-on pas arguer que si l'on élargit la gamme des services proposés, on verrait dans un premier temps augmenter la facture, pendant trois ou cinq ans, jusqu'à ce que les mesures d'économies soient répercutées dans tout le système?

Dr Glass: Il est possible que cela entraîne un certain surcoût initial, mais il ne faut pas oublier que nous proposons des solutions de rechange qui coûtent considérablement moins cher. Par exemple, une infirmière qui travaille à partir d'une église ou d'un petit dispensaire de quartier ou qui est dans la rue au contact des drogués qui ne se font pas soigner à moins qu'on aille les chercher, comme à Vancouver, ce genre de services ne coûtent pas très cher. Les soins infirmiers ne sont pas des soins lourds. C'est le genre de choses dont il faudra tenir compte dans la restructuration du système.

Certes, il y aura des coûts supplémentaires, mais si l'on veut instaurer ce genre de choses, il faut bien passer par là. À l'inverse, des économies sont possibles en faisant un plus grand usage des soins infirmiers, ainsi que nous l'avons démontré maintes et maintes fois.

Le président: Monsieur Epp, vous aurez un autre tour de questions si nous en avons le temps.

M. Epp: Pourrais-je en poser une dernière?

Le président: Soyez bref, s'il vous plaît.

M. Epp: Je vous remercie.

L'Association canadienne des infirmiers et infirmières serait-elle disposée à entamer une phase expérimentale dans laquelle on ferait appel à des ressources autres que celles des programmes établis qui financent actuellement le système de santé? Serait-elle disposée à tenter des expériences afin de mettre à l'épreuve les propositions que vous faites. Quelle serait votre réaction à une telle idée?

Dr Glass: Tout à fait d'accord. Mais n'oubliez pas que nous avons déjà démontré les économies que divers... Par exemple,

[Text]

various... For example, the federal government spent over half a million dollars in terms of nursing research that has demonstrated in two situations in Quebec the cost-effectiveness of using health resource centres, and yet those have not been picked up and put into the system. We have one in Manitoba, right in the university, a health resource centre.

What I am saying is we have already made some demonstrations of cost-effectiveness. Those are documented thoroughly, and we can certainly supply as much as is needed. But the answer to your question of would we be willing to, most certainly we would.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just picking up on the conversation, I agree with the witnesses, we do not really need to have it demonstrated that there are these cost-effective alternatives. What we need to do is determine the locus, if you will, of the political and professional resistance to the adoption of these models.

They have been around for a long time; I think everybody knows, but it only gets said every once in a while. I mean, the resistance is there from the medical profession to these models because it is a diminution of their power, and no group has ever given up power without a struggle. The resistance is there from people who are attached philosophically to the entrepreneurial view of the world; I will not mention any names. You know, that is where the resistance comes from; it is not any great mystery.

We have study after study that demonstrates the cost-effectiveness of these models, and I hope with the debate around the proposed Canada Health Act, and the opportunities it has created for groups like the Canadian Nurses Association to come forward, we can get down to some of this kind of real talk about just why these things are not happening, instead of everybody kind of stroking everybody else and saying what a wonderful thing it would be if we had prevention, because there are reasons why we do not have these kinds of health care models.

Now, with respect to how we can help that happen in the proposed Canada Health Act, and I was happy to see that you sort of articulated the problem, my problem is this: If it is true this can only really happen at the provincial level, then what we are left to do in the proposed Canada Health Act is just help along perceptions by either taking out doctors and dentists, as you seem to suggest, and simply talk about insured services, or add nurses to the list of doctors and dentists and whoever else. I want to know what you think would be more useful, because in the end there is no way in which this Bill—short of new money, which the Minister has already said is not available—can compel changes in provincial health care models. It seems to me that that is a realistic thing to say. What would you prefer, that it be taken out altogether or that nurses be added to the list of insured services, so that there would be at least this symbolic effect.

[Translation]

le gouvernement fédéral a dépensé près d'un demi-million de dollars en études qui ont montré au Québec les économies que l'on peut réaliser au moyen des centres de ressources de santé, et pourtant ces modèles n'ont pas été repris et intégrés au système. Il existe un tel centre de ressources au Manitoba même, à l'université.

Je veux dire par là que nous avons déjà fait la preuve d'économies possibles. Les rapports sur ces expériences sont disponibles et nous pouvons vous en procurer des exemplaires. Quoi qu'il en soit, la réponse à votre question est oui, très certainement.

M. Epp: Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, pour poursuivre là-dessus, je suis d'accord avec les témoins lorsqu'ils disent que la preuve des économies possibles n'est plus à faire. Ce qu'il nous faut faire, c'est isoler les raisons que les hommes politiques et les professionnels de la santé opposent à ces modèles.

Cela fait longtemps que ces modèles existent, tout le monde les connaît, mais on n'en parle que très rarement. La résistance que la profession médicale leur oppose tient au fait qu'ils diminuent leurs pouvoirs et aucun groupe n'a jamais accepté une diminution de son pouvoir sans combattre. La résistance vient de ceux qui pratiquent l'idéologie de la libre entreprise à tout crin et je ne mentionnerai pas de noms. C'est de là que vient la résistance, il n'y a pas de mystère.

De multiples études ont démontré la rentabilité de ces modèles et j'espère que le débat autour de ce projet de loi et la possibilité qu'il donne à certains groupes comme l'Association canadienne des infirmiers et infirmières de s'exprimer vont nous permettre d'aborder de front la question, voir qui y fait obstacle, plutôt que de se congratuler et de chanter les louanges de la prévention.

Maintenant, pour ce qui est de savoir ce que nous pouvons faire, dans le cadre de ce projet de loi, le problème que je vois est le suivant et j'ai constaté avec plaisir que vous l'avez également perçu: s'il est vrai que ces choses ne peuvent se faire qu'au niveau provincial, alors, dans la Loi canadienne sur la santé, nous ne pourrions que faire bouger la perception des choses en supprimant les termes tels que médecins et dentistes, comme vous semblez le proposer, pour n'utiliser que le terme de «services assurés», ou bien ajouter les infirmiers à la liste des médecins et dentistes, etc. J'aimerais savoir ce qui vous paraît le plus utile, car au bout du compte, rien dans ce projet de loi ne peut contraindre les provinces à modifier le système de santé, à moins d'injecter des ressources supplémentaires dont le ministre a dit qu'elles ne sont pas disponibles. Cela me paraît une évaluation réaliste de la situation.

[Texte]

[Traduction]

• 1615

Ms Rodger: I think, if it were left to the Canadian Nurses to solve the constitutional debate, since most of our briefs in the Canadian Nurses are handled unanimously, you would have no problem in this country. I think what we have done in our brief has been to try not to fall into the trap of constitutional debate. We have said that we believe, if we are going to implement reform for the future, we should insure those services. I would like, perhaps, to add to what my colleague has said about the phasing in of the reform on this and the cost.

We say that if you come to the conclusion that it is not constitutionally possible—obviously it was before, because in 1957 you insured the medical practice and in 1968 all hospitals, so it must have been possible that something be done—then nursing services should be insured. But if it is not the case, because new studies have shown that it is not, then there is another avenue. What we are saying is that the Constitution should not be the base upon which we are going to end up basing our health care system. So, we believe nurses should be part of insured services, because that is one of the ways to provide care for the future.

When we talk of the reform and the added cost, in anything we first identify what is needed for the future. We have had one of the best sickness care systems, you know that, but now is the time to look at what we need for the future. In order to do that, we have to start phasing in new things. We have, in our proposition, asked that the definition of the extended health care facilities that are already in the Bill be looked at, because there are certain things in there that are not in that could be very cost-effective, and once the definition is looked at, we ask that it be phased in progressively. As governments, federal and provincial, determine, for example, that home care, which is a very important program, be phased in, as the money becomes available that part of the system would be phased in. Sure, in some of those insured services at times there is going to be an add-on cost. For example, if a province were to develop a whole new community health clinic network, for it to be of benefit you could not close hospital beds or out-patient departments right away. On the other hand, it is like anything, in industry if you start a new company you are going to invest money and maybe lose some money for a year or two, but you are going to make some later. I believe this works in exactly the same way.

In home care, though, as we know from figures that came right out of the study that Justice Hall did, there could be, right now, a better utilization of care facilities and of the services of nurses if we were to provide them in the home. It is not only that it costs money—there seems to be more listening when it saves money—but the main reason is that it increases the quality of care and the services provided to people and the quality of life of Canadians. So the fact that there may be a

Mme Rodger: À mon avis, nous n'aurions aucun problème dans ce pays si l'on demandait aux infirmières et infirmiers canadiens de régler la question constitutionnelle puisque nous procédons toujours par consensus. Nous avons essayé dans notre mémoire de ne pas tomber dans le piège du débat constitutionnel. Nous avons dit que ces services devaient être prévus si nous voulions apporter des réformes dans l'avenir. Je vais maintenant, avec votre permission, développer un peu le thème de la mise en oeuvre progressive de cette réforme et des coûts inhérents à ce processus que ma collègue a déjà abordé.

Si vous deviez conclure que cette réforme n'est pas possible sur le plan constitutionnel, nous ne pourrions faire autrement que de prétendre le contraire. En effet, vous avez instauré une politique d'assurance des soins médicaux en 1957 et des soins hospitaliers en 1968. Il devrait donc par conséquent être possible d'assurer les soins infirmiers. Pour le cas où de nouvelles études prouvent le contraire, il reste une autre possibilité. Il serait d'après nous préférable de ne pas fonder notre système de soins de la santé sur la Constitution. Nous croyons que les soins infirmiers devraient être assurés parce que cela constitue l'un des moyens de fournir des soins dans l'avenir.

Nous ne pouvons pas aborder la question de la réforme et des coûts supplémentaires sans d'abord cerner nos besoins futurs. Nous avons, comme vous le savez, l'un des meilleurs régimes de soins de santé, mais cela ne devrait pas pour autant nous empêcher d'étudier nos besoins futurs. Pour ce faire, il nous faut commencer par instaurer progressivement de nouvelles mesures. Dans notre mémoire, nous demandons que soit revue la définition des services complémentaires de santé qui figure dans le projet de loi. D'après nous, on pourrait y inclure certains éléments qui n'y figurent pas déjà et qui seraient fort rentables. Une fois cette définition revue, nous voudrions qu'elle soit instaurée progressivement. Mettons par exemple que les autorités fédérales et provinciales décident d'instaurer un programme fort important, comme les soins à domicile; cela pourrait être fait à mesure que des fonds deviennent disponibles. Il est bien évident que l'octroi de ce genre de services assurés comporte des coûts additionnels. Si un province voulait mettre sur pied un réseau de cliniques de santé communautaires, il ne serait pas rentable de supprimer immédiatement des lits d'hôpitaux ou des services pour les malades externes. C'est une entreprise comme une autre. En effet, lorsque l'on veut lancer une nouvelle société, il faut d'abord investir de l'argent et s'attendre à en perdre pendant un an ou deux et ne réaliser des profits qu'un peu plus tard. Je pense que cela vaut aussi dans ce cas.

Dans le cas des soins à domicile, l'étude du juge Hall montre que l'on pourrait dès maintenant faire un bien meilleur usage des installations disponibles et des services infirmiers, si nous étions autorisés à rendre nos services à domicile. Ce n'est pas une simple question de coûts. L'intérêt semble croître en fonction de l'économie réalisée. Mais il y a un autre facteur qui entre en ligne de compte, à savoir l'amélioration de la qualité des soins et services et de la qualité de vie de la population en général. Donc le coût supplémentaire temporaire

[Text]

temporary add-on should not stop governments from looking at what is needed for the health care of the future.

We said that we should insure nurses' services, because when you use the traditional model of going through a physician, studies have shown that the utilization of the hospital as a facility is greater than when nurses are used. Nurses are more oriented to work in the community and home, and you have studies in this brief that support that.

As far as cost saving is concerned, as Mr. Blaikie has said, a demonstration has already been done. We refer you to the McMaster study which shows that if nurses had been better utilized as a first line they could have saved \$300 million, in 1980 dollars, in the health care system, which could have been redistributed elsewhere.

• 1620

So there is already some built-in cost saving, but there are other parts that need a change of policies, cutting out some of the things that are there to put the money elsewhere. I think our recommendation has been put in a realistic way so that it could be phased in as we Canadians can afford it.

Mr. Blaikie: I want to go back to the question of what can be done within the Bill and the amendments that you suggest, because one thing that has happened since the federal initiative in hospitalization and the federal initiative in medical care is block funding, and that changed the whole ball game, so to speak, so that when they wanted to ensure hospitalization services they had a way of making provinces build up the kind of services that they wanted them to build up because they offered them a dollar for every dollar they spent on hospitals and they offered them a dollar for every dollar that they spent on medical care, for instance. But as long as we continue to have block funding there is no way, short of an entire new program or going back to some form of direct cost sharing, that the federal government can either compel or entice provincial governments to embark upon the kind of reform that you are suggesting, and which I think they should embark upon.

Of course, you would be in favour of a new program to compel and entice provinces to do that, but would you be in favour of going back to some form of direct cost sharing to enable the federal government to do this kind of thing and also to make more meaningful some of the language that is in the Bill which really is a kind of a carry-over from the previous legislation? A lot of the language of the Bill presumes that there is direct cost sharing and, that not being the case, a lot of the language in the Bill is simply redundant. It does not even need to be there because all that the federal government can say when there is block funding is that when you provide certain services you can ensure whatever services you like—speaking to the provinces—but when you provide them you should provide them under the following principles. Do you see

[Translation]

inhérent à ces services ne devrait pas empêcher les gouvernements d'envisager l'instauration de services visant à améliorer à long terme les soins de santé.

Nous voulons que les services infirmiers soient assurés parce que des études montrent que lorsque l'on suit le modèle traditionnel, c'est-à-dire lorsqu'on a recours aux services d'un médecin, on fait un bien plus grand usage des hôpitaux que lorsque l'on met à contribution les services des infirmières et infirmiers. Nous avons inclus dans notre mémoire des études qui montrent que les infirmières et infirmiers sont beaucoup plus orientés vers le travail dans la collectivité et à domicile.

Pour ce qui concerne les économies, M. Blaikie a déjà parlé d'une étude qui a été faite en ce sens. Il s'agit de l'étude McMaster qui montre que si l'on avait fait un meilleur usage des services infirmiers dès le départ, nous aurions pu réaliser une économie de 300 millions de dollars de 1980 dans l'ensemble de nos services de santé. Cet argent aurait pu être utilisé à d'autres fins.

Il existe donc déjà des possibilités d'économies. Si l'on effectuait des changements de politiques, que l'on supprimait certains éléments, des fonds pourraient être réaffectés. Notre recommandation est, à mon avis, très réaliste et notre projet pourrait être instauré au fur et à mesure que les Canadiens pourront payer pour ce nouveau service.

M. Blaikie: J'aimerais revenir à la question du projet de loi et des modifications que vous proposez. Le gouvernement fédéral, après avoir pris des initiatives en matière de services hospitaliers et médicaux, a adopté le système du financement en bloc qui change toute l'affaire. Le fédéral a réussi à trouver le moyen d'obliger les provinces à offrir un certain genre de services en leur offrant un dollar pour chaque dollar qu'elles consacraient aux hôpitaux et aux soins médicaux. Mais tant et aussi longtemps que ce système du financement en bloc existera, à moins que l'on adopte un programme entièrement nouveau ou que l'on revienne à une formule quelconque de partage direct des coûts, le gouvernement fédéral ne pourra inciter ou obliger les provinces à apporter le genre de réforme que vous proposez et qui me paraît fort opportune.

Je comprends que vous soyez en faveur d'un nouveau programme qui obligerait les provinces à agir ainsi, mais j'aimerais savoir si vous seriez d'accord avec le retour à une formule quelconque de partage direct des coûts qui permettrait au gouvernement fédéral d'agir ainsi et de modifier légèrement le libellé du projet de loi qui découle plus ou moins de la loi précédente. Une grande partie du projet de loi est fondée sur l'existence implicite d'une formule de partage direct des coûts, mais comme ce n'est pas le cas, le projet de loi devient redondant. Ces dispositions sont tout à fait inutiles car le seul pouvoir du gouvernement fédéral, vu l'existence du programme de financement en bloc, consiste à prévoir que lorsque vous fournissez certains services, vous pouvez assurer ceux que vous voulez—pour ce qui concerne les provinces—mais selon

[Texte]

what I mean? So would you be in favour of going back to some kind of direct cost sharing?—because I think block funding stands in the way, in some respects, of the kind of reform you want to see.

Dr. Glass: I do not think we have approached that aspect of it in terms of stating one way or the other that we would see going to block funding or otherwise. I think we are saying that we want to see insured nursing services, and we believe that is possible under the present Bill; it can be incorporated.

On the other thing you have mentioned about the varied kinds of services, there is no question that very often when hospitals seek to introduce some new kind of service added on to their hospital services there seems to be negotiated funding for that. We do not want to see the hospitals continue to expand like the balloon you were talking about and become even greater monolithic structures than they are at present—and it would be terribly costly—but we would like to see other types of services in the community where they people are. Concerning the manner and method that is going to be used to determine whether it is going to be block funding or what, I do not think we are prepared just to come out and say it should be one way or the other. I think there are many, many ways that this can be approached and we have not yet begun to explore them.

Mr. Blaikie: Just one short . . .

The Acting Chairman (Mrs. Killens): It will have to be very short. Time is passing.

Mr. Blaikie: Okay.

Regarding your suggestion that the penalties for extra-billing be not refundable, that they be diverted into some other health care purpose, I was wondering if that is simply a concern about the sort of moral position that the government has put itself in by wanting to keep the money if the provinces do not clean up their act or whether you are concerned about the efficacy of the penalties and you feel that this might be one way of making the penalties more effective. In other words, do you expect that the penalties included in the bill for extra-billing and user fees will have the desired effect? Or do you share the concern of a number of other people that they might not do the job?

• 1625

Dr. Glass: I am not entirely sure exactly what kind of an effect it is going to have, but certainly our concern is the moral concern. Our concern, really, is the consumers of health care, and our belief that they should be receiving the kinds of services they are not receiving. There is not anybody providing health care at the present time who is closer to the people out there than our nurses. We are the ones who are seeing constantly where the needs are and what parts of the population are not getting it, and we want to move in that direction. Therefore, we are saying, if this money is there let us use it for something that is worthwhile.

[Traduction]

certain principes. Me comprenez-vous? Alors vous seriez en faveur du retour à une formule quelconque de partage direct des coûts? À mon avis, le système du financement en bloc fait obstacle, à certains égards, au genre de réforme que vous préconisez.

Dr Glass: Nous n'avons pas abordé la question du financement en bloc ou de toute autre formule. Nous préconisons une assurance pour les services infirmiers et nous estimons que cela est possible dans le cadre de ce projet de loi. Nous pensons qu'une disposition en ce sens pourrait être intégrée au projet de loi.

Pour ce qui concerne ce que vous avez dit au sujet des divers genres de services, il ne fait aucun doute que lorsque les hôpitaux essaient d'offrir des nouveaux services en plus de leurs services ordinaires, ils réussissent à obtenir des fonds pour ce faire. Nous ne voulons pas que les hôpitaux continuent de grossir comme les ballons dont vous parliez et deviennent des structures encore plus monolithiques qu'ils ne le sont à l'heure actuelle—ce qui augmenterait incroyablement les coûts—mais nous aimerions que d'autres genres de services soient offerts dans la collectivité où vit la population. Pour ce qui est de la formule de financement, le financement en bloc ou autre, nous ne sommes pas encore prêts à vous donner notre position. Il existe beaucoup d'approches différentes et nous n'avons pas encore commencé à les étudier.

M. Blaikie: Encore une brève . . .

Le président suppléant (Mme Killens): Qu'elle soit brève, nous commençons à manquer de temps.

M. Blaikie: Très bien.

Vous avez suggéré que les pénalités liées à la surfacturation ne soient pas remboursables et qu'elles soient réaffectées à d'autres services de soins de santé. Je me demande si ce n'est pas là une simple préoccupation relative à la position morale que le gouvernement a adoptée, à savoir de ne pas accorder de fonds aux provinces si elles ne font pas le ménage dans leur programme de santé ou si vous vous préoccupez peut-être plutôt de l'efficacité de ces pénalités et y voyez là un moyen de les rendre plus efficaces. En d'autres termes, pensez-vous que les pénalités liées à la surfacturation et aux frais modérateurs que renferme le projet de loi auront les effets désirés? Ou alors partagez-vous l'opinion de ceux qui pensent qu'elles ne serviront pas à grand-chose?

Dr Glass: Je ne suis pas tout à fait certain des effets que ces pénalités auront, mais notre préoccupation est une préoccupation d'ordre moral. Les intérêts des consommateurs de soins médicaux nous tiennent à cœur et nous croyons qu'ils devraient recevoir les services qu'ils ne reçoivent pas actuellement. Personne n'administrant de soins médicaux n'est aussi proche des malades à l'heure actuelle que nos infirmières et infirmiers. Nous sommes ceux qui savent où les lacunes se trouvent et quelles couches de la population ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin et c'est dans cette direction que

[Text]

The Acting Chairman (Mrs. Killens): We will come back to you to the witnesses, I think in the discussion we have had so far we have lost sight of one very important fact, and that is your support of the Bill. I say we have lost sight of perhaps one of the most important things, your support of the Bill, and I thank you for that support. Despite the fact that you made reference to an all-party agreement on this, there is strong opposition in the country from certain groups that will not be mentioned but are quite self-evident. There is strong opposition out there, so your support is welcome indeed.

Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Thank you, Madam Chairperson. Through you to the witnesses, I think in the discussion we have had so far we have lost sight of one very important fact, and that is your support of the Bill. I say we have lost sight of perhaps one of the most important things, your support of the Bill, and I thank you for that support. Despite the fact that you made reference to an all-party agreement on this, there is strong opposition in the country from certain groups that will not be mentioned but are quite self-evident. There is strong opposition out there, so your support is welcome indeed.

I am not sure we can do with this legislation what you so well suggest needs to be done. This may not be the stage at which to do it, but I am convinced that we will do it and we will do it sooner rather than later, because it needs to be done. I would like you to expand very quickly and very briefly for me what you mean by extended health care.

Dr. Glass: Extended health care services are those services we see that at the present time, in the Bill and not in the Bill, as insured services. You spell out four kinds, which are: home care, nursing home care, adult residential care and ambulatory care. Those are the four. That is certainly not sufficient. It begins to touch on and, indeed, some provinces have incorporated those kinds of services within their offerings, but it does not begin to touch on the whole area of, for example, industry; out in industry where many of the problems are identified that are causing future illnesses. It does not begin to move into schools. We should have nurses in the schools across the country so that some of the high-risk children can be identified and we can begin to stop some of the abuse, for example. There are just multi kinds of services.

In addition to that, there is what I said a few moments ago in terms of taking services to the people at no great overhead cost, such as community health centres. These are important kinds of services which we feel must be a part of our health care system.

I would just like to use, as an example, what has happened in Finland. In that country they used to spend more money on illness care than on preventive and promotive health care. Today they have turned their system around so that more money is spent on health promotion and prevention, and they have good results to show. I wish we had some of those results. Let me also tell you about another very interesting kind of thing they do in that country, using nurses. We have a totally different type of health care beyond the sixtieth parallel. In Lapland they use nursing mobile clinics, for example, to take some of the care to their people.

[Translation]

nous voulons aller. Par conséquent, nous disons que si cet argent existe, il faut l'utiliser à des fins utiles.

Le président suppléant (Mme Killens): Vous pourrez poser d'autres questions lors du deuxième tour. Je peux inscrire votre nom sur ma liste dès maintenant si vous le désirez. Trois personnes ont manifesté le désir de prendre la parole; M. McCauley, M^{me} MacDonald et M. Foster.

Monsieur McCauley.

M. McCauley: Merci, madame le président. Au cours des discussions que nous avons eues avec nos témoins jusqu'à présent, je crois que nous avons perdu de vue un aspect très important et je veux parler du soutien que vous accordez à ce projet de loi, ce dont je vous remercie. Bien que vous ayez dit que les trois partis endossent ce projet de loi, certains groupes que je ne nommerai pas mais qui sont tout à fait évidents s'y opposent fermement. Ce projet de loi soulève une vive opposition et votre soutien n'en est que plus précieux.

Je ne suis pas certain que nous puissions faire avec ce projet de loi ce que vous suggérez. Il est encore peut-être trop tôt, mais je suis convaincu que nous y arriverons et plus tôt qu'on ne le pense, car cette réforme est nécessaire. Je voudrais que vous développiez très rapidement et très brièvement ce que vous entendez par services complémentaires de santé.

Dr Glass: Les services complémentaires de santé sont les services qui à l'heure actuelle figurent dans le projet de loi sous l'expression services assurés. Il en existe quatre sortes, à savoir: soins à domicile, soins en maison de repos, soins en établissement pour adultes et soins ambulatoires. Voilà les quatre différents services, mais ils ne suffisent certainement pas. D'ailleurs certaines provinces ont incorporé ces services aux services qu'elles offrent déjà, mais il n'est même pas question de tout le secteur industriel, par exemple. En secteur industriel, de nombreux problèmes qui causent plus tard des maladies sont enfin identifiés. On ne parle même pas non plus des écoles. Des infirmiers devraient être intégrés aux écoles aux quatre coins du pays pour que les enfants qui présentent les plus grands risques soient identifiés pour que nous commençons à mettre un terme aux sévices qu'ils subissent par exemple. Voilà les genres de services dont je parlais.

En outre, j'ai parlé il y a quelques instants, des services que nous pourrions offrir aux gens sans frais administratifs importants, et je veux parler des centres de soins communautaires. Ces services sont importants et devraient, à notre avis, faire partie de notre système médical.

Je voudrais vous citer la Finlande à titre d'exemple. Ce pays dépensait davantage d'argent pour guérir les maladies plutôt que de les prévenir et de promouvoir la santé. Aujourd'hui, la Finlande a fait volte-face et consacre davantage d'argent à la promotion de la santé et à la prévention des maladies et les résultats qu'elle obtient sont probants. J'aurais espéré que nous pourrions vous montrer certains de ces résultats. Permettez-moi également de vous parler d'un autre service que ce pays offre et qui est dispensé par les infirmières et infirmiers. Il existe un type de soin médical tout à fait différent au nord du soixantième parallèle. En Laponie, ils utilisent des cliniques

[Texte]

There are so many ways we could identify . . . and we would be most happy to do that—and work with government in that regard. But these are the kinds of things we are talking about. Health care goes on, not just in those few defined settings; it goes on everywhere. We think it is about time we took a really good look at how we are getting services to people because, in most cases, we are not. That is what we mean.

• 1630

Mr. McCauley: You are aware the federal government is already funding certain aspects of . . .

Dr. Glass: Oh yes.

Mr. McCauley: —extended health care to the tune of, I think, \$1 billion in 1983-1984.

Dr. Glass: Right. We know that.

Mr. McCauley: Can I explore with you some of the questions that have been raised with regard to cost. If we expand the definition of hospital, what you are saying, I take it, is that there would be an initial increase in cost but that savings would eventually occur, that we would be spending money, in effect, to save money in the long term. Is that correct?

Ms Rodger: I believe what we said in the expansion of the definition of hospital is exactly . . . We are supportive of what Madame Bégin said in her original statement or intention, when she had a meeting with the provincial Ministers of Health. She said there is an arbitrary division between physical and mental health and that it is for this reason she is proposing to extend the definition of insured services in mental hospital services. What we have done here is say, yes, we believe that is long overdue and that should be amended.

When we were talking about the cost and what was referred to as the bubble or the add-on costs, what we were saying is: While you develop some of those health care settings to be insured—and some of them, not all of them—some, such as home care, would not have serious add-on costs. But if you start developing other types of extended health care services and facilities, you may have to temporarily finance the hospital that has to modify its mission and a network of community health centres. That may be less costly, but by the time you phase out some of the services given as an extension of the hospital right now on a medical model, there may be a short time where there could be add-on costs for those types of facilities.

Mr. McCauley: Do you have any studies that prove that point?

Ms Rodger: Of the add-on costs? We do not have studies *per se*. It is probably pragmatic; we do not have the numbers with us. But when hospitals have changed missions, it has always been very difficult to get a reduction in beds. We have

[Traduction]

médicales mobiles pour permettre d'administrer certains soins aux habitants.

Nous pourrions travailler en collaboration avec le gouvernement à de nombreux niveaux et c'est avec plaisir que nous le ferions. Mais voilà les services qu'il faut offrir. Il faut assurer des soins partout et non pas dans des contextes bien définis. Je pense qu'il est grand temps d'examiner très sérieusement la façon dont nous offrons ces services aux gens car dans la plupart des cas ce n'est pas ce que nous faisons. Voilà ce que je voulais dire.

M. McCauley: Vous savez que le gouvernement fédéral consacre déjà . . .

Dr Glass: Oui.

M. McCauley: . . . environ 1 milliard de dollars, en 1983-1984, aux soins complémentaires de santé.

Dr Glass: Oui, nous le savons.

M. McCauley: Puis-je vous poser quelques questions qui l'ont déjà été à propos des coûts. Si nous accordons une plus large définition à l'hôpital, vous dites je crois que les coûts augmenteraient au départ mais que des économies seraient finalement réalisées et qu'en fait, nous dépenserions de l'argent pour en économiser plus tard. Est-ce exact?

Mme Rodger: Ce que nous avons dit lorsque nous avons parlé d'élargir la définition de l'hôpital, c'est que . . . Nous souscrivons entièrement à ce que M^{me} Bégin a dit dans sa déclaration initiale, lorsqu'elle s'est entretenue avec les ministres provinciaux de la santé. Elle a déclaré qu'il existait une division arbitraire entre la santé physique et la santé mentale et c'est la raison pour laquelle elle entend élargir la définition des services assurés aux services administrés dans les hôpitaux psychiatriques. Nous pensons que cette proposition aurait dû être faite il y a longtemps et que le projet de loi devrait en tenir compte.

Lorsque nous parlions des coûts et des frais initiaux, nous voulions dire que même si vous multipliez les services devant être assurés, certains d'entre eux, non pas tous, mais certains tels que les soins à domicile, ne nécessiteraient pas de frais complémentaires importants. Mais si vous voulez multiplier d'autres services de santé ou construire de nouvelles installations, vous devrez peut-être temporairement subventionner l'hôpital qui devra modifier sa mission ainsi qu'un réseau de centres de soins communautaires. Cela pourrait être moins coûteux, mais lorsque vous aurez supprimé certains des services qui seront dorénavant administrés par l'hôpital, il se peut qu'il y ait un battement au cours duquel des frais supplémentaires viendront s'ajouter.

M. McCauley: Existe-t-il des études qui démontrent ce que vous venez de dire?

Mme Rodger: Sur les frais supplémentaires? Non, nous n'en avons pas. Cela relève vraisemblablement du pragmatisme; nous n'avons pas de chiffres précis avec nous. Mais lorsque les hôpitaux ont changé de mission, il a toujours été très difficile

[Text]

experience; I have been involved in hospitals changing missions, and there is always some kind of intention to retain the beds there just in case, even though you do not need them any more. Because of that normal, basic human phenomenon, you have to provide for some transfer time.

Mr. McCauley: But to your knowledge, there are no studies that prove that point.

Ms Rodger: No.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): This is your last question, Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Thank you very much, Madam Chairperson.

What about recommendation 4, that nursing services be an insured health service? We have heard testimony already that one of the factors in our health system to date that makes for increased costs is that we have too many doctors. If we add nurses, will that not increase costs even further?

Dr. Glass: Obviously, we have given this a great deal of thought in terms of manner of payment. If you are familiar with our brief to the Hall review, we indicated that we thought all professionals should be on salary. We have not indicated at any time that we would ever see a fee for service instituted in this instance, although there might be instances, especially of highly specialized nursing care, that would become subject to fee for service. But we are saying the nurse can be a point of entry, and indeed, can be insured through different methods; for example, a group being funded that would be on salary. A nursing clinic of that kind is quite common now in various countries.

So these are the kinds of things we are suggesting. I think my colleague might have a point to add.

Ms Rodger: Dr. Glass covered the salary and financing parts; I would like to talk about the manpower. In your question, you said: There are already too many physicians; will it cost more to add on nursing? It seems to me our health care system should not be planned around manpower but should be planned around patient needs and that manpower should be adjusted to the needs of the system. Therefore, if it is estimated that there are too many physicians in our Canadian society, then that problem should be addressed, not whether the health care system should be tailored toward that.

• 1635

Mr. McCauley: I think you missed my point; but nevertheless . . .

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Thank you, Mr. McCauley. Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Thank you, Madam Chairman.

[Translation]

d'obtenir une réduction du nombre de lits. Nous possédons une certaine expérience; j'ai moi-même assisté au changement de mission d'hôpitaux et ils veulent toujours garder les lits au cas où ils en auraient besoin même si ce n'est pas le cas. En raison de ce phénomène normal et finalement humain, il faut prévoir une période de transition.

M. McCauley: Mais que vous sachiez, il n'existe pas d'études qui démontrent ce que vous venez de dire?

Mme Rodger: Non.

Le président suppléant (Mme Killens): Ce sera votre dernière question, monsieur McCauley.

M. McCauley: Merci beaucoup, madame le président.

Vous recommandez, au numéro 4, que les soins infirmiers deviennent un service assuré. Nous avons déjà entendu des témoignages selon lesquels un des facteurs de notre système médical qui pèse sur les coûts vient de ce que nous avons trop de médecins. Si nous ajoutons des infirmières et infirmiers, cela ne va-t-il pas entraîner une augmentation supplémentaire des coûts?

Dr Glass: Nous avons beaucoup réfléchi à cette question en fonction du mode de paiement. Si vous avez lu le mémoire que nous avons présenté devant la Commission Hall, nous y indiquons que tous les professionnels, à notre avis, devraient être salariés. Nous n'avons jamais indiqué que des honoraires devaient être institués dans ce cas-là, bien qu'il existe sans doute des cas, en ce qui concerne en particulier des soins infirmiers très spécialisés. Mais, à notre avis, l'infirmière peut être assurée par différents moyens; par exemple, un groupe d'infirmières qui seraient salariées. Il existe, et c'est très courant, des cliniques infirmières dans certains pays.

Voilà donc ce que nous suggérons. Je crois que ma collègue a quelque chose à ajouter.

Mme Rodger: Le docteur Glass a parlé des salaires et du financement et je voudrais moi parler de la main-d'oeuvre. Vous avez dit qu'il y avait déjà trop de médecins et vous avez demandé si cela ne coûterait pas encore plus cher d'ajouter des infirmières et infirmiers? Il me semble que notre système de santé ne devrait pas être planifié en fonction de la main-d'oeuvre mais plutôt en fonction des besoins des patients et le personnel devrait être fonction des besoins de ce système. Par conséquent, si l'on estime qu'il y a trop de médecins au Canada c'est de cette question qu'il faudrait s'occuper et non de savoir comment le système de soins de santé devrait s'adapter à la situation existante.

M. McCauley: Je crois que vous n'avez pas compris ce que je voulais dire, mais cependant . . .

Le président suppléant (Mme Killens): Merci monsieur McCauley. Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, madame le président.

[Texte]

I do not have very many questions. Unlike my colleague, Mr. Epp, I am very supportive of the position that has been put forward over a number of years by the Canadian Nurses Association and I speak about it wherever I can. I ask people if they have read your briefs, because I think you take probably the most practical approach of any organization in the country to health care. From my reading of what you do, you look upon health care as an investment, rather than as an expenditure to cure illness, and that seems to me where we turn the whole system around.

You mention on page 14 of your brief, and when you were speaking, Dr. Glass, you gave certain statistics with regard to the way in which there could be some savings within the acute-care hospital system, "... 30 per cent of ... patient days could be spent in less costly nursing homes". Now, a lot of the focus in everything we have heard has been on acute care.

The other day when the Minister was before us, she mentioned the fact that the overall expenditures in the country annually come to some \$22 billion, but that is not all in acute care. I think it is about \$12 billion in acute care and \$10 billion in chronic care. I wonder whether you have anything in the way of comparable figures to show what could be done with regard to chronic-care hospitals and the transfer of patients to less costly services. I think that is an area that we really have not begun to examine in any real way. I was reading one brief which shows that in chronic-care hospitals, Canada has a larger number of patients enrolled than any other industrialized country. We have concentrated on acute care and the costs and so on. Have you done any studies or have you any thoughts on this other huge area of cost now, \$10 billion in chronic-care costs and what might be done?

Dr. Glass: Yes. In this country there always seems to be this tendency to think in terms of hospitals and very expensive kinds of structures. In fact, there are many different kinds of ways to approach this. They are, for example, hospices, convalescent half-way houses, various kinds of ways besides what we have been talking about all day which is home care. There certainly is not enough evidence in the country at the present time that they are recognizing that we have the structures out there; that it is not a high-overhead problem to start using some of those convalescent-type units. I have seen their working many times and they are not costly in comparison to what it costs to run a hospital, for example, but we simply have not taken that initiative because we have been so tied into the system as it is spelled out in the Act at the present time. There is no incentive whatsoever in the act at the present time to try to set up that kind of care, and that is the problem with the Act.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): You would not have any comparable figures to those that you put forward for acute-care hospitals, for chronic-care hospitals, would you?

Dr. Glass: I am sorry.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): You mention that it has been estimated that up to 30% of acute-care hospital patient days could be spent in less costly nursing

[Traduction]

Je n'ai pas beaucoup de questions à poser. Contrairement à mon collègue, M. Epp, j'appuie de tout coeur la position émise au cours d'un certain nombre d'années par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et je défends celle-ci chaque fois que c'est possible. Je demande toujours si on a lu vos mémoires car je crois que votre façon d'envisager la question est sans doute la plus pratique en matière de soins. Vous envisagez les soins comme un investissement et non comme une dépense, ce qui est totalement opposé à la façon habituelle de penser.

Vous nous donnez certains chiffres à la page 14 de votre mémoire; vous nous en avez parlé également, docteur Glass; vous nous parlez d'économies qui pourraient être réalisées dans le cas des hôpitaux de soins actifs: «... 30 p. 100 des jours d'hospitalisation pourraient être passés dans des maisons de santé moins coûteuses». L'accent dans les témoignages que nous avons reçus portait toujours sur les soins actifs.

L'autre jour, le ministre a témoigné devant nous et a mentionné le fait que les dépenses totales annuelles du Canada s'élevaient à 22 milliards de dollars. Cependant, je crois que l'on peut répartir cela en 12 milliards de dollars pour les soins actifs et 10 milliards de dollars pour les soins chroniques. Comment pourrait-on envisager le transfert de patients souffrant de maladies chroniques et hospitalisés à des institutions moins coûteuses? Il faudrait peut-être s'attaquer à cette question. Un des mémoires indiquait que les hôpitaux pour les soins chroniques hébergent un beaucoup plus grand nombre de patients que dans tout autre pays industrialisé. Nous nous sommes concentrés sur les soins actifs et les coûts, qui s'élèvent à l'heure actuelle à 10 milliards de dollars, sont évidemment énormes.

Dr. Glass: Il semble que nous avons tendance à nous concentrer sur les hôpitaux et sur des installations très coûteuses. En fait, il y a beaucoup d'autres façons d'envisager la question. Il y a par exemple des hospices, des maisons de transition pour convalescents, de même que les soins à domicile. On ne semble pas reconnaître qu'il existe d'autres possibilités et que les frais qui s'y rattachent ne sont pas très élevés. Je veux parler de ces maisons de convalescence par exemple. Les frais d'administration sont beaucoup moins élevés que dans le cas d'un hôpital, cependant nous n'avons pas pris d'initiatives en ce sens étant donné la structure de la loi actuelle, qui n'incite certainement pas l'établissement de ce genre d'institutions. Ce problème existe à cause précisément de la loi actuelle.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Auriez-vous des chiffres portant sur les institutions de soins chroniques que l'on pourrait comparer à ceux que vous nous avez donnés pour les hôpitaux de soins actifs?

Dr. Glass: Je m'excuse.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Vous avez dit que 30 p. 100 des patients recevant des soins dans les hôpitaux de soins actifs pourraient recevoir ces mêmes soins dans des

[Text]

homes if these extended services were available. I wonder whether you have a similar set of figures for chronic-care hospitals?

Ms Rodger: Well, you do have in the second reference that follows this one that one-third of nursing home beds are poorly utilized. They could be using other facilities. Those are documented figures at the end of the brief.

• 1640

But there are some demonstration projects and some experiments that are done when you invest in readaptation and rehabilitation of patients in a chronic area, where in fact you can do social reinsertion of very many of the chronic patients at a certain level. You can modify the level through better utilization of nursing services with those patients and bring a percentage of them right back to the home.

But there are no global figures on that, just as there are no global figures of all those demonstration projects, that show cost effectiveness. There is not a study of an overall cost. I do not think anyone will be able to produce that; even our health economists cannot produce that. But there are those demonstration projects that show definitely a capacity to mobilize chronic patients much more than we are doing now.

The Chairman: Your last question, Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes, my final question has to do with the extended care services you see at the community level. In your opinion, are there services nurses could be performing now which they are not allowed to perform in this country, and if so, would you mention some of them?

Dr. Glass: There are. I was just wondering where to start.

Ms Rodger: Yes. So we will both answer.

When you ask your question, do you mean some of the services that are not insured?

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes.

Ms Rodger: Okay.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I am thinking of things, for instance, like midwifery. Would you advocate including these?

Ms Rodger: Yes. The Canadian Nurses Association has a position on midwifery. It is not legal right now in this country...

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I know.

Ms Rodger: —but we do believe a nurse-midwife could be very well utilized in society. In fact, there is a whole social movement toward midwifery, very often with people who are not necessarily prepared to support the mother and child care.

[Translation]

maisons de santé si les services étaient fournis à ces maisons. Avez-vous des chiffres qui portent sur les institutions de soins chroniques?

Mme Rodger: Si vous continuez à lire notre mémoire, vous verrez que nous y mentionnons le fait qu'un tiers des lits de maisons de santé sont sous-utilisés. Tout cela figure en détail à la fin de notre mémoire.

Il existe à l'heure actuelle des projets-pilotes pour patients souffrant de maladie chronique. Il s'agit de projets de réadaptation et de réinsertion sociale à un certain niveau. En utilisant les services de soins améliorés, il est possible de faire sortir un certain nombre de ces patients des institutions.

Il n'existe cependant pas d'étude de coût portant sur ces questions. Ce serait d'ailleurs impossible à faire, même les économistes spécialisés en recherche sur la santé ne pourraient nous en donner. Cependant, ces projets-pilotes nous montrent qu'il est certainement possible de mobiliser les patients chroniques beaucoup plus que nous ne le faisons à l'heure actuelle.

Le président: C'est votre dernière question, mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ma dernière question porte sur les services d'aide à la collectivité. Y a-t-il à votre avis des services, qui pourraient être rendus par les infirmiers et infirmières, mais ne sont pas autorisés dans notre pays? Pourriez-vous si tel était le cas nous donner quelques exemples.

Dr Glass: Il y a des services de ce genre oui. Je ne sais par où commencer.

Mme Rodger: Nous pourrions répondre tous les deux à cette question.

Voulez-vous parler des services qui ne sont pas assurés?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui.

Mme Rodger: Bien.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je pense par exemple aux accoucheurs et accoucheuses. Seriez-vous d'accord pour que ce service soit offert par les membres de votre Association?

Mme Rodger: Certainement. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a adopté une position quant aux accoucheurs accoucheuses. À l'heure actuelle, une telle pratique n'est pas légale.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je le sais.

Mme Rodger: ... mais nous estimons que les infirmières accoucheuses pourraient être très utiles à notre société. Il existe d'ailleurs tout un mouvement qui va dans ce sens.

[Texte]

There are other areas that are not insured—and we have already mentioned them—in the extended health care setting, and home care is one. There is ample evidence for that.

We have mentioned the whole school network. When the school networks are not insured, they are not covered by nurses, and therefore we are talking here of services provided in the community. Nurses are insured through the hospital insurance when they work within hospitals; therefore, that is why most of the services are given within the hospital setting. But when they go out into the community, if they do assessments of patients with referral to other professionals, those are not insured services. So people go to a physician, for example, or to a hospital.

Those are examples of things nurses could very well do and cannot do right now in our health care system.

Dr. Glass: Could I just enlarge on that? For example, this health resource centre I was speaking about in Manitoba is in connection with the university, so it is not incorporated into the system, and we use it as a teaching service, etc. There is no way we are charging for that at the moment because of the nature of the service, but we could not do that. We would have to go outside the system to do it.

Now, we very often refer to physicians, and physicians refer to us when there is a need for us to take over some aspect of the care which they are not ready to handle. So it is a very good liaison, and there are all kinds of opportunities for instituting those kinds of services, where nurses are doing total health assessments and making referrals to physicians when there is definite evidence of the need to do so. So those are some of the other aspects of it.

The Chairman: One small question.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes, just very short. If, for instance, a service like midwifery were to become legal in this country, would additional training be required for the nurses?

Dr. Glass: Yes. Again, we have incorporated that into our position on this, and we have identified the level of preparation that would be required.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you.

The Chairman: Dr. Foster.

Mr. Foster: Thank you, Mr. Chairman.

• 1645

I am interested in your brief, Dr. Glass. You say:

As drafted, the federal government's perceptions of the threats to medicare are real and legitimate.

We have had the Minister before the committee and she has talked about extra-billing and user fees and so on. Do you have any particular perception of the threats to the system that you could expand on to back up this comment?

[Traduction]

Il y a toutes sortes d'autres services qui ne sont pas assurés et dont nous avons déjà parlé, notamment les soins à domicile.

Nous avons parlé des visites scolaires. Il s'agit là de services à offrir à la collectivité. Le service des infirmières est assuré lorsque celles-ci travaillent au sein d'un hôpital. C'est la raison pour laquelle la plupart des services sont donnés dans un cadre hospitalier. Cependant, lorsque les infirmières se rendent dans la collectivité, pour faire par exemple des évaluations et des renvois à d'autres professionnels, les services ne sont pas assurés. C'est la raison pour laquelle les patients vont voir un médecin ou se rendent à l'hôpital.

Il s'agit donc là d'exemples de services que pourraient très facilement rendre les infirmiers et infirmières au sein de notre système de soins sanitaires.

Dr Glass: J'aimerais donner quelques autres précisions. Ce centre d'hygiène dont je parlais au Manitoba est rattaché à l'université. Il ne fait donc pas partie du système. Nous nous en servons dans le cadre de notre enseignement. Ce service est gratuit à l'heure actuelle étant donné sa nature. Un tel service ne relève pas du système à l'heure actuelle.

Nous référons très souvent nos patients aux médecins, comme ceux-ci nous confient d'ailleurs certains de leurs cas. Nous avons donc établi de bons rapports dans le cadre de ce service. Cependant, il y aurait toutes sortes de possibilités, je pense particulièrement à des évaluations globales avec référence aux médecins dans les cas où cela s'avère nécessaire.

Le président: Une brève question.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Très brève. Si les services d'accoucheuses devenaient légaux, cela signifierait-il que les infirmières auraient besoin de formation supplémentaire?

Dr Glass: Oui. C'est évident. Nous avons également identifié le niveau de formation qui sera requis.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci.

Le président: Docteur Foster.

M. Foster: Merci, monsieur le président.

Votre mémoire, monsieur Glass, m'intéresse. Vous dites:

Selon le texte, la perception qu'a le gouvernement fédéral quant à l'érosion des régimes d'assurance-santé est réelle et bien fondée.

Le ministre est venu en Comité nous parler de la surfacturation et des frais modérateurs, notamment. Pourriez-vous nous donner des exemples de menaces d'érosion du régime à l'appui de ce que dit le ministre?

[Text]

Dr. Glass: I think I mentioned one of them earlier in relation to the concern we have with the elderly, which is an immediate concern, a past due concern, as it were.

Mr. Foster: Yes.

Dr. Glass: We are not going to be able to handle that situation. Across our country we do not stand very well in terms of the total health picture around the world, in terms of maternal, child and infant mortality. That is another aspect. That is strictly a preventive kind of service that is badly needed. We are lucky, really lucky, if we get anyone below the middle socio-economic group into a prenatal class, for example, in this country. We are also very lucky if we manage—because of the cutbacks, particularly lately, but as a general rule—to be able to visit a new mother with a brand new baby in her home more than once; and so what happens then, when she does not get the proper kind of care and does not understand bringing up children, we move into illness aspects. These are just a few examples. I could go on and on. Does that answer your question?

Mr. Foster: But do they really reflect the fact that extra-billing is permitted now, or that there are user fees?

Dr. Glass: I am sorry. Does that . . .

Mr. Foster: Do the provisions of the Bill provide a disincentive, where extra-billing is charged or where there are user fees; do those examples really indicate that? People can have prenatal care and that is covered by existing medicare schemes, is it not?

Dr. Glass: I am sorry, I guess I misunderstood your question.

Ms Rodger: We acknowledge that extra-billing and user fees are a threat to the system because we find—and it has been documented in studies in Saskatchewan and in Ontario—that when there is an amount of money to be paid in order to get services, it does not matter how small this amount of money is, it restricts people from having access to care. We have that very well documented, with all the research, and in fact it usually reduces the accessibility by 18%, mostly affecting people with low incomes and the elderly. Our main concern about that is that we have a system, as I have mentioned before, in which it does not matter how rich you are or how old you are. If we let user fees be put in place, it will restrict people from getting care when they should get care. Then you have to intervene at a time when the cost is twice as much, because the disease or the patient's problem is much more severe.

As far as extra-billing is concerned, as you know—it is also very well documented . . . there are areas where in some specialties Canadians cannot have services unless they put out more money. So those two phenomena really hit the base of the health care system and the accessibility principle, and that is why we see that as a threat. If we let that continue, even though the amount of money is not massive now, it will give us a two-tier system. The rich will be able to have certain care and the poor will have certain other care. We consider that as

[Translation]

Dr. Glass: J'ai fait allusion précédemment à un exemple au sujet de personnes âgées; il s'agit-là d'un problème pressant, urgent.

M. Foster: En effet.

Dr. Glass: Nous ne pourrions pas faire face au problème. Mondialement, le Canada, pour ce qui est des services de maternité, de la pédiatrie et du taux de mortalité des enfants en bas âge n'a pas de quoi se vanter. C'est un autre aspect du problème. Notre grande lacune se situe au chapitre des soins préventifs. Nous nous estimons très chanceux si, par exemple, un couple a faible revenu s'inscrit au cours de préparation à l'accouchement. Nous nous estimons également très chanceux lorsque nous réussissons, malgré les restrictions récentes et les restrictions en général, à visiter plus d'une fois une nouvelle mère; le résultat en est que lorsque la mère n'est pas bien suivie et qu'elle ne comprend pas les soins à donner à l'enfant, le risque de maladie est plus grand. Ce sont là quelques exemples. Je pourrais continuer longuement. Ai-je répondu à votre question?

M. Foster: Mais ces exemples expliquent-ils vraiment l'érosion apportée par la surfacturation ou par les frais modérateurs?

Dr. Glass: Je m'excuse. Est-ce que . . .

M. Foster: Les dispositions du projet de loi seront-elles efficaces là où il y a surfacturation ou frais modérateurs; vos exemples sont-ils pertinents? Les services de préparation à l'accouchement sont déjà prévus au régime actuel d'assurance-santé, n'est-ce pas?

Dr. Glass: Je m'excuse, j'ai mal compris votre question.

Mme Rodger: Nous reconnaissons que la surfacturation et les frais modérateurs menacent le régime car nous avons constaté, notamment par le biais d'études menées en Saskatchewan et en Ontario, que lorsqu'il y a un paiement à faire pour obtenir un service, peu importe le montant du paiement, l'accès aux soins se trouve limité. Cette affirmation est bien démontrée, nous avons fait beaucoup de recherches et de fait, l'accès est habituellement réduit de l'ordre de 18 p. 100 et les plus touchés sont les personnes âgées et les gens à faible revenu. Or, nous avons à l'heure actuelle un régime lequel comme je le disais précédemment, ne fait pas de discrimination envers les pauvres ni envers les personnes âgées. Si les frais modérateurs continuent d'être imposés, nous couperons l'accès à des personnes qui doivent être soignées. Dans ce cas, lorsqu'enfin nous intervenons, il en coûte deux fois plus cher parce que le patient est beaucoup plus malade.

Pour ce qui est maintenant de la surfacturation, et là encore les preuves sont faites, dans certaines régions les Canadiens ne peuvent se prévaloir de services de spécialistes à moins d'ajouter un peu d'argent. Donc ces deux phénomènes sapent la base même du réseau de santé et attaquent de front le principe de l'accessibilité; c'est pourquoi nous y voyons une menace. Si personne n'intervient, bien que les frais demandés ne soient pas encore exorbitants, nous nous retrouverons aux prises avec un double système. Les riches auront leurs services et les pauvres devront se contenter du reste. Nous y voyons là

[Texte]

a main drawback. We would be returning to pre-medicaid days, which would be putting us back more than 20 years.

Mr. Foster: If we were to amend the Bill so that nursing services would be insured health services, apart from an explosion from most of the provincial governments which are already threatening to sue the federal government for even introducing the Bill, what would be the immediate result of that?

• 1650

Dr. Glass: My colleague wants to respond to that, so I will let her. I am sorry, I will get at it too.

Ms Rodger: Your assumption that all provincial governments would get after the federal government is interesting because most of the provincial nurses' associations have been discussing this with Ministers of Health throughout the country, and in fact the atmosphere was quite positive about considering ensuring nursing services for the same reason that is in this brief. So there is quite a bit of support. My direct reaction would be that I am not sure the assumption would be that everybody would be very negative about that. Also, one province has already ensured nursing services in some circumstances, so I think it would be an expansion of something that has already been started in one province.

The Chairman: Thank you, Dr. I will come back to you again if I can. I will go to Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I want to thank our witnesses for their testimony today and say that I certainly appreciate their response to the Bill we have before us. I am interested, of course, to note that they have a lot of reservations about it in terms of where it is deficient. I was thinking of asking them, Mr. Chairman, whether they would like to have us encourage the government to withdraw the Bill and bring back in another Bill. Now I say this a bit jokingly, but, Mr. Chairman, our witnesses would be interested to know that if a Bill like this passes, you can figure it is going to be the last time you are going to see another health care Bill before the House for a long time.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Until the government changes.

Mr. Halliday: Until the government changes; yes, that is right.

Mr. McCauley: It is going to be a long time.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Let me tell you, take a look at that Gallup poll this morning.

The Chairman: Order, please. Dr. Halliday, you can continue questioning.

An hon. Member: You woke everybody up.

Mr. Halliday: It is traditional with most governments that they do not like to bring in little pieces of legislation because... Well, they do because they will get it through relatively easy. But once the legislation is in they do not want

[Traduction]

un inconvénient majeur. Cela reviendrait à retourner 20 ans en arrière, avant que le régime d'assurance-santé ne soit mis en place.

M. Foster: Si nous devons modifier le projet de loi de façon à inclure dans les services de santé assurés les soins infirmiers, quel en serait le résultat immédiat, mis à part la réaction immédiate de la majorité des gouvernements provinciaux qui menacent déjà de poursuivre le gouvernement fédéral qui a osé présenter le projet de loi?

Dr Glass: Ma collègue veut répondre à cette question, je tiens cependant à y répondre également.

Mme Rodger: En supposant que le gouvernement fédéral fera face à une levée de boucliers des gouvernements provinciaux, vous soulevez un point intéressant car la majorité des Associations provinciales d'infirmières ont discuté de ce sujet avec les ministres de la Santé; or, on semble bien disposer à assurer les services infirmiers pour les raisons expliquées dans ce mémoire. Notre proposition est donc généralement acceptée. Donc, pour répondre à votre question, je ne suis pas convaincue qu'il y aurait une opposition générale à l'inclusion. Par ailleurs, une province assure déjà les services infirmiers dans certains cas; il s'agirait simplement de généraliser un service déjà offert dans une province.

Le président: Merci, monsieur Foster. Je vous redonnerai la parole si nous avons suffisamment de temps. Monsieur Halliday, c'est votre tour.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je tiens à remercier les témoins qui sont venus aujourd'hui et je tiens également à leur dire que je comprends bien leur réaction au projet de loi à l'étude. Je remarque bien sûr les réserves exprimées au sujet des lacunes du projet de loi. J'aimerais leur demander, monsieur le président, s'ils voudraient que nous réclamions du gouvernement le retrait de ce projet de loi et la présentation d'un nouveau. Je dis cela un peu à la blague, monsieur le président, mais nos témoins doivent savoir que si ce projet de loi est adopté, il faudra attendre longtemps avant qu'un nouveau projet de loi portant sur les services de santé soit présenté en Chambre.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Jusqu'au changement du gouvernement.

M. Halliday: En effet, jusqu'au changement du gouvernement.

M. McCauley: Vous devrez attendre longtemps.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Avez-vous vu les résultats du sondage Gallup publiés ce matin?

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Monsieur Halliday, vous pouvez continuer.

Une voix: Vous avez réveillé tout le monde.

M. Halliday: On constate la même chose dans tous les gouvernements: on n'aime pas présenter de petits projets de loi car... En fait, les gouvernements le font parce qu'ils peuvent les faire adopter relativement rapidement. Cependant, une fois

[Text]

to bring it back for amendments or bring in other legislation on the same subject. And I think if you really want to get the kinds of reforms you want, maybe we should hope to get some major changes in Bill C-3, rather than just the simplified narrow version we have now as it deals with health care.

Having said that, let me ask just a few specific questions relating to the testimony we have had today.

Dr. Glass made some references to Finland. This interests me, and I think she is quite correct that things have happened over there that are indeed laudatory. But I want to ask one question. I think I know the answer because I was there about eight or nine months ago, but I want to know whether we agree or not, because I am not sure that I remember exactly the answer to this question. The question is: Do patients when they go to a doctor there pay something to the doctor for an office visit?

Dr. Glass: In Finland. I do not know whether I am going to be able to really give you that as an absolute fact; I am just not sure of that.

The Chairman: Maybe, Dr., you can give the answer.

Mr. Halliday: As I say, I am almost sure I know the answer, and the answer is that they do.

The point is this, Mr. Chairman, we could do the same thing in this country, the very things you want, if we as Canadians were to accept the fact that most of us, 90% of us, are able to pay \$2, \$4, \$5. I know they do in Sweden and I think they do in Finland.

Now this is the difference, you cannot cite another country like that about the wonderful thing they have in one area unless you look at the whole thing. The way they finance what you were lauding is the people of Finland were prepared to pay something when they go to see their doctor, and that frees up money that can be used for the things that you want. This is the bind we are in right now.

Dr. Glass: I do not think you could really state that that would be the reason they have been able to turn around the system. The reason they have been able to turn around the system is because they have been very innovative and have indeed done some very important things, and they certainly have utilized nurses to the nth degree.

• 1655

Mr. Halliday: I am all for it. I agree with that. I am looking at the cost factors. Of course we find that witnesses here tend to ignore costs. This is true for most groups. We as politicians have to look at cost.

Dr. Glass: I do not think that is true of our brief, sir.

Mr. Halliday: It is true in terms of my concern about how we are going to pay for these things that turn around the health care system the way you want to. That is going to cost money.

[Translation]

que la loi est adoptée, on ne veut pas rouvrir les discussions en présentant de petits amendements ou un autre projet de loi portant sur le même sujet. Pour obtenir les réformes que vous réclamez, il faut espérer que le projet de loi C-3 sera complètement modifié, qu'il englobera beaucoup plus de choses qu'il ne le fait maintenant.

Voilà, j'aimerais maintenant vous poser quelques questions précises sur ce que vous nous avez dit aujourd'hui.

M^{me} Glass a fait allusion à la Finlande. Cette allusion est intéressante et elle a bien raison de dire que le régime finlandais est digne de louanges. J'aimerais cependant lui poser une question. Je crois connaître la réponse car j'étais là-bas il y a huit ou neuf mois; j'aimerais cependant qu'elle confirme mon impression. Voici la question: en Finlande, lorsque les patients se rendent chez le médecin, doivent-ils payer quelque chose?

Dr. Glass: En Finlande. Je ne sais pas si je peux répondre sans l'ombre d'un doute; je ne suis pas tout à fait sûr de la réponse.

Le président: Monsieur Halliday, Vous pourriez peut-être nous donner la réponse.

M. Halliday: Comme je le disais, je suis à peu près sûr de connaître la réponse et elle est affirmative.

J'en viens, monsieur le président, au fait qu'au Canada, nous pourrions faire la même chose si nous admettions que 90 p. 100 de la population est capable de payer 2\$, 4\$, ou 5\$ par visite. Cela se fait en Suède et je pense bien que cela se fait également en Finlande.

Voilà, on ne peut pas donner un autre pays en exemple pour tel aspect de son régime sans en faire état dans son ensemble. Pour financer ce que vous louez, les finlandais acceptent de payer un petit montant pour se rendre chez le médecin; ainsi, le gouvernement dispose de plus d'argent pour assurer les services que vous réclamez. Voilà le noeud du problème tel que je le perçois.

Dr. Glass: Je ne pense pas qu'on puisse affirmer que cela explique qu'ils ont pu tourner le système. S'ils ont été capables de le faire, c'est qu'ils ont fait preuve d'imagination, qu'ils ont reconnu l'importance des choses et qu'ils ont su utiliser les services infirmiers au maximum.

M. Halliday: Je suis tout à fait pour. Je suis d'accord avec cela. Je m'intéresse au facteur coût. Nous nous apercevons que les témoins, ici, ont tendance à ignorer cet aspect de la question. Cela est du moins vrai pour la plupart d'entre eux. Mais nous, les politiques, nous devons nous en préoccuper.

Dr. Glass: Je ne pense pas que cela s'applique à notre mémoire, monsieur.

M. Halliday: Cela en tous les cas s'applique à ce que je pense qu'il va falloir payer, si l'on veut modifier le système médico-hospitalier comme vous l'entendez. Tout cela va coûter de l'argent.

[Texte]

Dr. Glass: I think we are going to have to pay a great deal of attention to the use of technology and a number of other things that are really being abused in the system in that respect.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, one other interesting comment was made, I think by Dr. Glass too, that I would like her to expand on. She made reference to "a nurse operating on the street or in a church". You had a third place, too, where she was operating. I would like you just to explain a little more what you mean by that because that is very intriguing.

Dr. Glass: They operate in a lot of places. Yes. The one I was referring to was written up in *The Canadian Nurse Journal* years back in relation to a concern in Vancouver, British Columbia, actually, where nurses—and do not misunderstand me—operate out of something else. They operate out of community health centres and things like that. My point about this was that we tend to want to have the client always come to this great centre we have somewhere. What is happening there is indeed those people in the core areas of the large cities are simply not getting the kind of care they need. Therefore nurses have moved themselves out into those core areas and work right with the people providing services in terms of letting them know that there are indeed treatments and care that they can have. I am saying that our system at present is so centred in very costly centres that we have to make some changes.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I support that as being an interesting concept. I have no problem with it, but if you take that as one concept of the way a nurse may work, if you take the concept of the nurse doing more in the midwifery field—and I can accept that as being an alternative form—or if you take the nurse doing what Dr. Glass also mentioned, doing total health assessments . . . I see no problem with that, but at the same time we have physicians doing those same three things. To me that is two-tiered medicine. I see nothing wrong with it, but you are advocating two-tiered medicine. You are not saying physicians must stop doing midwifery; you are not saying they must stop doing total health assessments. You are suggesting that patients should have some choice. I agree with you, but you are also telling me, at the same time, that you agree with two-tiered medicine.

Mr. Blaikie: Which tier are the nurses on?

Mr. Halliday: That is a fair question. The physician has maybe seven or ten years of training; to train a nurse may take two years, three years or four years. Obviously, you have two tiers. Now, is that what they recommend?

Dr. Glass: Why are the physicians doing nursing care?

Mr. Halliday: No. Well, Mr. Chairman, I will be glad to answer . . .

[Traduction]

Dr. Glass: Je crois que nous allons devoir faire très attention à l'utilisation parfois abusive, à l'heure actuelle, de certains moyens techniques modernes et autres dispositifs.

M. Halliday: Monsieur le président, il y a une autre remarque très intéressante, que le Dr Glass a reprise, et sur laquelle j'aimerais m'attarder. Le témoin parlait du fait qu'une infirmière pouvait travailler dans la rue, ou dans une église. Il y avait également un troisième lieu, où elle pouvait être installée. Cela me laisse un peu perplexe, pourriez-vous développer et clarifier.

Dr. Glass: Elle travaille dans des tas d'endroits. C'est vrai. Le cas que je mentionnais avait été cité par *The Canadian Nurse Journal*, il y a plusieurs années, à propos de Vancouver, en Colombie-Britannique, où les infirmières, comprenez-moi bien, travaillent à partir d'autres lieux. C'est-à-dire qu'elles sont rattachées à des centres d'hygiène communautaires, et autres institutions du même genre. Ce que je voulais dire, c'est que nous avons tendance à attendre du patient qu'il s'adresse toujours à ce genre de centres importants lorsqu'ils ont été créés. Or, ce qui se passe, c'est que les habitants, au coeur des grandes métropoles, ne disposent pas des services de soins dont ils ont véritablement besoin. Voilà pourquoi les infirmières doivent elles-mêmes se transporter au coeur des villes, et se mettre en rapport directement avec la population, et notamment lui faire savoir que certains traitements et certains soins sont à sa disposition. Je veux donc dire que pour le moment notre système est extrêmement centralisé, sous forme de centres très onéreux, et qu'il faut modifier cela.

M. Halliday: Monsieur le président, je pense en effet que cette idée est intéressante. Elle ne me pose aucune difficulté, mais si vous partez du principe que l'infirmière peut travailler de cette façon, ou qu'elle peut faire plus dans le domaine de l'obstétrique, j'accepte encore ce genre de possibilité, ou si vous pensez à ce qu'a dit le Dr Glass tout à l'heure, l'infirmière procédant à des évaluations médicales générales . . . tout cela ne me pose aucune difficulté, si ce n'est qu'en même temps les médecins font la même chose. Cela représente à mon avis une médecine double. Parfait, mais dans ce cas vous vous faites vraiment l'avocat d'une médecine à deux classes. Vous ne nous dites pas que les médecins doivent arrêter de faire des accouchements; vous ne nous dites pas non plus qu'ils doivent arrêter de faire des examens de santé globaux. Ce que vous proposez c'est que le malade ait le choix. Je suis d'accord avec vous, mais alors vous nous dites bien que vous êtes d'accord avec l'idée qu'il y ait deux catégories de médecine.

M. Blaikie: Dans la quelle se retrouvent les infirmières?

M. Halliday: Voilà une bonne question. Lorsque l'on parle du médecin, il s'agit de quelqu'un qui a peut-être sept ou dix ans de formation derrière lui; pour l'infirmière deux ans, trois ou quatre ans, suffisent. De toute évidence il y a bien deux catégories de médecine. Est-ce bien ce que vous recommandez?

Dr Glass: Pourquoi les médecins dispensent-ils les mêmes soins que les infirmières?

M. Halliday: Non. En fait, monsieur le président, j'aimerais répondre . . .

[Text]

The Chairman: This is your last question, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Physicians are not doing nursing care because a total health assessment is a physical examination and proper history taking, and physicians take six years learning that.

Dr. Glass: The physical examination is only one part of a total health assessment.

Mr. Halliday: That is right. Sure. Well, it is about 10 parts to a total health . . . and physicians spend six years or more learning that. I do not see that a nurse . . .

The Chairman: Order, please. Dr. Halliday has the floor.

Mr. Halliday: There is no question that a nurse can learn some aspects of that, but it is still going to be in less time and less well founded.

Dr. Glass: Mr. Chairman, I would just like to respond to that. I think there is a perception by many people, particularly physicians, that when we are talking about this we are talking about making a medical diagnosis, but we are not. Nurses do not make medical diagnoses.

Mr. Halliday: What is a total health assessment? What do you end up with if there is no diagnosis? Suppose you find pathology—what do you do?

Dr. Glass: You are saying that you take six years to learn. What you take six years to learn is to make the medical diagnosis.

The Chairman: I will come back to you again, Dr. Halliday, if you wish.

Mr. Epp.

Mr. Breau: Maybe he should continue. Let Dr. Halliday continue.

Mr. McCauley: There is unanimous consent on this side.

Mr. Epp: And this side.

An hon. Member: Come on, Mr. Chairman.

Mr. Epp: I said yes.

The Chairman: Order, please. Mr. Epp.

Mr. Breau: I move that Dr. Halliday be heard.

The Chairman: I do not hear your motion. Mr. Epp has the floor.

• 1700

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

Dr. Glass, I do not have any difficulty when I talked about models, although I did not have specific responsibility for health care north of 60. Obviously my predecessors as Ministers of Indian Affairs and Northern Development, and now Mr. Munro—I think all of us who have had that responsibility—have seen that nurses, by necessity, have been performing services which south of 60 we say must be differentiated

[Translation]

Le président: C'est votre dernière question, docteur Halliday?

M. Halliday: Les médecins ne font pas le travail des infirmières; un examen médical général comprend, outre l'examen physique, l'étude de tous les antécédents du malade, et les médecins ont besoin de six ans avant de s'y lancer.

Dr. Glass: L'examen physique n'est qu'une partie de l'examen médical général.

M. Halliday: Je n'en disconviens pas. L'examen complet comprend bien dix parties . . . Les médecins ont besoin de six ans pour l'apprendre. Je ne vois pas que l'infirmière . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît! C'est le Dr Halliday qui a la parole.

M. Halliday: Il ne fait pas de doute que l'infirmière peut l'apprendre, mais elle dispose de moins de temps pour cela et son jugement sera moins fondé.

Dr. Glass: Monsieur le président, j'aimerais répondre à cela. Je crois que beaucoup de gens, et notamment les médecins, pensent que lorsque nous abordons ce sujet nous parlons de diagnostic, or ce n'est pas cela. Les infirmières ne font pas de diagnostics.

M. Halliday: Qu'est-ce qu'un examen général de santé, alors? S'il n'y a pas de diagnostic, quelle en est la conclusion? Supposez que l'on découvre des éléments pathologiques . . . que faites-vous alors?

Dr. Glass: Vous nous dites que vous avez besoin de six années de formation. Précisément six années pour apprendre à faire un diagnostic médical.

Le président: Je reviendrai à vous, docteur Halliday, si vous le voulez.

Monsieur Epp.

M. Breau: Peut-être devrions nous continuer ce dialogue. Laissez le Dr Halliday continuer.

M. McCauley: De ce côté-ci, nous sommes tous d'accord.

M. Epp: De ce côté-ci aussi.

Une voix: Allez-y, monsieur le président.

M. Epp: Je suis d'accord.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Monsieur Epp.

M. Breau: Je propose que le Dr Halliday puisse poursuivre.

Le président: Je n'entends pas votre motion. C'est M. Epp qui a la parole.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Docteur Glass, je n'ai rien contre les modèles, bien que n'ayant jamais eu aucune responsabilité particulière en matière de santé au Nord du soixantième parallèle. De toute évidence, mes prédécesseurs les ministres des Affaires indiennes et du Nord canadien, et maintenant M. Munro—je pense à tous ceux qui parmi nous ont eu à assumer cette responsabilité—se sont aperçus que les infirmières, nécessité fait loi, ont

[Texte]

upon the basis of insured services because of an Act. I do not think, frankly, we have to look at Finland. I am not saying you should not; I am simply saying that I think we have enough Canadian experience as well.

An hon. Member: —north of 60?

The Chairman: Order, please.

Mr. Epp: We have had those experiences, so I think we have had those models.

As I was pointing out before, I would very much like to see our using some dollars, very high profile, very public and develop those models.

May I ask you a blunt question?. To what extent are the Canadian Medical Association and the Canadian Nurses Association using the Canada Health Act to make points that they have made for a long time? We, in this room as politicians, are at the focal point of an argument that has gone on in the corridors of hospitals for a long, long time.

Ms Rodger: Mr. Chairman, the Canadian Nurses Association does not speak for the Canadian Medical Association. We will let them say why they are in this debate.

We are in this debate now because we have a firm belief that our health care system, if it is to meet the needs of Canadians as far as health care is concerned in this decade, needs some turning around or some changing. We have listened in October to the Ministers of Health of the Commonwealth, industrialized countries like ours, advising the developing countries not to go the route we have gone. We may have conquered some of our problems in infant mortality and longevity and all this, but we are deprived of a total health care system; we are not tackling health. When Justice Hall did the review of the Canadian health care system in 1979, he presented the position of putting health into health care. Certainly we are utilizing every arena we can find to try to turn the attention of all politicians to the real need of this country. We have gone to your task force on established program funding; we have gone to the Macdonald Commission; we have gone everywhere we could to try to draw the attention of politicians and the public to . . . to do something now. Are we using this debate? Sure we are. We are, because this debate is about our future health care system. If you just patch up the holes in the health care system, we may miss the boat and, as you said, you may not bring about another reform in five years, so if you do not put amendments now, we may be out. We may be endangering the whole system as it stands now because it will not meet the financial demand on it.

[Traduction]

rendu des services qui au Sud du soixantième parallèle seraient considérées d'un autre point de vue en raison des questions d'assurances au regard de la loi. Je ne pense pas, franchement, que nous devons nous tourner vers la Finlande. Je ne vous interdis pas de le faire, mais je dis tout simplement que nous avons suffisamment d'expérience au Canada dans ce domaine.

Une Voix: . . . Au Nord du soixantième parallèle?

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. Epp: Il y a eu ces expériences qui ont été faites, et nous disposons de modèles.

Comme je le disais tout à l'heure, j'aimerais beaucoup que l'on utilise les deniers publics, que l'on y consacre des sommes importantes, et que l'on mette en application ces modèles.

Puis-je vous poser une question un peu abrupte? L'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada n'utilisent-elles pas le prétexte de la Loi sur la santé pour relancer une discussion qui a déjà eu lieu il y a très longtemps? Les hommes politiques réunis dans cette salle se retrouvent au centre d'une discussion qu'ils traînent depuis très très longtemps dans les couloirs des hôpitaux.

Mme Rodger: Monsieur le président, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada ne parle pas au nom de l'Association médicale canadienne. Nous laisserons à cette dernière le soin de dire pourquoi elle prend part au débat.

En ce qui nous concerne, nous y participerons, en raison de notre conviction de ce que notre système de santé, pour répondre aux besoins des Canadiens d'ici 10 ans, a besoin d'être transformé et révisé. Vous savez qu'au mois d'octobre les ministres de la Santé du Commonwealth, et des pays industrialisés comparables aux nôtres, ont conseillé aux pays en voie de développement de ne pas suivre notre exemple. Il est vrai que nous avons réussi à réduire la mortalité infantile et à augmenter l'espérance de vie etc., mais un système de santé véritablement global continue à nous manquer; le problème de la santé reste entier. Lorsque le juge Hall a fait son étude du système médico-hospitalier canadien en 1979, il en est arrivé à la conclusion que le secteur de la santé avait grand besoin de soins. Il est vrai que nous saisissons toutes les occasions possibles d'attirer l'attention de tous nos politiciens sur les besoins réels de ce pays. Nous avons témoigné devant le groupe de travail sur le financement des programmes établis; nous avons également comparu devant la Commission Macdonald; nous nous sommes présentées partout où nous pouvions attirer l'attention des politiciens et de la population sur . . . La nécessité de prendre des mesures dès maintenant. Sommes-nous en train d'utiliser ce débat? Certainement. Certes, oui, parce qu'il y est question de l'avenir de notre système médico-hospitalier. Si vous vous contentez de colmater quelques brèches dans l'ensemble de ce système, nous risquons de rater l'occasion qui nous est offerte, et comme vous le disiez vous-même une autre occasion de réforme ne se présentera sans doute pas d'ici cinq ans, si bien que nous risquons d'être complètement déphasés si nous n'adoptons pas dès maintenant les amendements nécessaires. Or, l'ensemble du système, tel qu'il existe à l'heure actuelle, est menacé pour des raisons de budget.

[Text]

You know, when we pay physicians to provide care that nurses can provide, with our tax dollars, it costs us more money. The immunization program that has been done for your grandmother by public health nurses is now being done in some areas by physicians, and you are paying for that.

We are saying watch out! Something is happening in this system and if you do not amend the legislation to permit government to utilize the resources you have there, better, we are going to be like other countries that are still debating whom they give care to, not what care. Like the United States.

So we are concerned about that, and sure we are using the debate.

An hon. Member: Good for you.

Some hon. Members: Hear, hear!

Mr. Epp: Mr. Chairman, thank you for that summary.

Obviously the applause is indication . . .

Mr. Breau: Not for you, Jake.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I want to disabuse Mr. Breau of that attitude and if it was marked by any kind of jealousy, Herb, I want to disabuse you of that as well.

I want to say to you, and we said this earlier, that we have no difficulty with your presentation. I think we have to be realistic about this thing. We have a situation whereby much of the health care service, the day to day administration of it, cannot be handled through a federal Act. I am not saying some of the suggestions you make—and we will look at those—cannot be included in the present Canada Health Act. But I think I would be dishonest if I left you with the impression that everything you said can somehow be included in the act because it is within the federal competence. I do not want to leave that impression. I do want, though, to give you a commitment in terms of willingness to negotiate. Mr. Breau has some idea that this might take a longer time than for others, but as far as we are concerned, given that opportunity, that negotiation will take place very quickly.

• 1705

Dr. Glass: We have brought this point forward in our brief, of course, and I think we would have to be even more strong than in my original presentation, which is that we are really asking the politicians not to cop out on this situation. We really mean it.

The Chairman: I will go to Mr. Breau, then Mr. Blaikie and then Dr. Halliday. Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. It was very interesting to hear Mr. Epp today. Because we have witnesses who follow a certain course, all of a sudden he is suggesting that he

[Translation]

Vous savez très bien que lorsque nous payons un médecin pour faire le travail d'une infirmière et cela avec les deniers du contribuable, la facture en est d'autant alourdie. Le programme de vaccination, par exemple, qui existait déjà du temps de votre grand-mère et qui était confié à des infirmières de la santé publique, est maintenant pris en charge, dans certaines régions, par les médecins; tout cela vous le payez.

Nous disons donc: attention! Nous vous mettons en garde, en vous disant que si vous n'amendez pas la loi pour que le gouvernement puisse mieux utiliser les ressources disponibles, nous allons nous retrouver comme certains pays où la question du contenu des soins a été complètement abandonnée, et où il n'est plus question que de savoir qui aura le droit à ces soins. Je pense par exemple aux États-Unis.

Nous sommes donc très préoccupées, et il est vrai que nous nous servons de ce débat pour le faire savoir.

Une voix: Tant mieux pour vous.

Des voix: Bravo! Bravo!

M. Epp: Monsieur le président, merci pour ce résumé.

Les applaudissements sont de toute évidence l'expression . . .

M. Breau: Ce n'est pas à vous qu'ils sont adressés, Jake.

M. Epp: Monsieur le président, j'aimerais détromper M. Breau, et notamment s'il y avait quelque trace de jalousie là-dedans, Herb, je tiens aussi à vous rassurer.

Je dis donc au témoins, et nous l'avons déjà dit tout à l'heure, nous n'avons rien contre la teneur de votre mémoire. Je crois que nous devons être réalistes en la matière. Nous avons une situation où une part importante des services de santé, leur administration au jour le jour, ne peut pas faire l'objet d'une réglementation fédérale. Cela ne veut pas dire que certaines de vos propositions—nous y reviendrons—ne peuvent pas être incluses dans la Loi canadienne sur la santé dont nous discutons. Mais je crois qu'il serait malhonnête de vous donner l'impression que tout ce que vous évoquez peut être inclus dans la loi, celle-ci étant du niveau fédéral. Je n'aimerais pas que vous gardiez cette impression. Je veux, par contre, vous donner l'assurance que nous sommes disposés à négocier. M. Breau a l'impression que nous aurons besoin de plus de temps que dans d'autres cas, mais en ce qui nous concerne, et étant donné l'occasion qui nous est offerte, cette négociation pourra avoir lieu très rapidement.

Dr. Glass: Nous en avons également parlé dans notre mémoire, bien sûr, et je pense même que nous aurions dû être encore plus explicites que je ne l'ai été dans mon premier exposé, et bien faire comprendre aux hommes politiques que nous leur demandons de s'engager dans ce débat. Voilà notre message.

Le président: Je vais passer la parole à M. Breau, puis à M. Blaikie et enfin au D^r Halliday. Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président. Ce qu'a dit M. Epp, aujourd'hui, était très intéressant. Nous avons ici des témoins qui poursuivent un certain objectif, et voilà que

[Texte]

is going to become a hawk against the provinces and order the provinces around, if there is a change of government.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): He did not say that.

Mr. Breau: Oh no, of course he does not say that, oh no.

Mr. Epp: Just because I have some friends and you do not.

Mr. Breau: What does he answer to people who come here and ask us to consider something? He tells them: Yes, I agree with you. Then he turns around and does not have the courage to follow up on what they say, because what they are recommending implies that the federal government will take on a firmer role in the delivery of health care. And you cannot do that unless you provoke a fight with the provinces. Mr. Epp thinks that he is going to be able to smile his way through the situation again. He is wrong. There is no way you can answer and relate to what these people are talking about, unless you are going to agree that the federal Parliament, and the federal government accounting to the federal Parliament, is going to take a firmer role with the provinces. So make up your mind, Mr. Epp; you are either going to be a strong federalist or you are not going to be a strong federalist.

Mr. Epp: On a point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Breau can have the opinions he wants, but if you are asking me whether the answer is confrontation, your style, the answer is no.

Mr. Breau: Of course. Mr. Epp thinks he can win a fight smiling. Well, I have got news for him. He has tried that before. And when you fight, you fight, you do not smile.

Mr. Chairman, I am very happy to see the witnesses from the Canadian Nurses Association here again before Parliament. They did come before the Parliamentary Task Force on Fiscal Arrangements. I do not believe they had the same chairperson then, but they have the same executive director, I believe. They did make an impact on the members of the committee at the time, and they made an impact, I believe, on the public and on the report. I had occasion to meet with the chairperson at the Saskatoon conference last August and I want to say that she really had an impact on the discussion there. Would it be fair for me to interpret your position to say that you believe that what we are trying to do in the Canada Health Act, in discouraging more private charges in the health system, will help in the kind of health care system you want? That it will close leaks in the financial system that would prevent, or not encourage, rather, governments down the road to go toward the course that you are suggesting? When Ms Rodger was answering awhile ago, when she was justifying why she was intervening in this debate, I understood it was because she wanted to put forward that orientation, which she and I agreed on, the aspect of discouraging extra-billing and user fees, that this is closing a leak in the financial system and

[Traduction]

soudain il laisse entendre qu'il va faire figure de faucon contre les provinces, et leur imposer sa loi, s'il y a un changement de gouvernement.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ce n'est pas ce qu'il a dit.

M. Breau: Non, bien sûr, pas littéralement, oh non.

M. Epp: Tout cela parce que je suis soutenu, et vous pas.

M. Breau: Que répond-il donc aux témoins qui viennent nous demander de réfléchir à telle ou telle solution? Il leur dit d'abord qu'il est d'accord avec eux. Puis, il retourne sa veste, et n'a pas le courage de suivre leur raisonnement jusqu'au bout, parce que ce qu'il recommande impliquerait que le gouvernement fédéral joue un rôle dominant en matière de services de santé. Or, cela ne peut que provoquer un conflit avec les provinces. M. Epp, quant à lui, pense qu'il va pouvoir passer à travers tout cela une fois de plus en gardant le sourire. Eh bien, il se trompe. Il n'est pas possible de répondre à la question que posent ces témoins, sans être d'accord sur le fait que le Parlement fédéral, et le gouvernement du même nom qui lui doit des comptes, devra se montrer ferme auprès des provinces. Décidez-vous, monsieur Epp; ou vous êtes partisan d'un fédéralisme fort, ou vous ne l'êtes pas.

M. Epp: J'invoque le règlement, monsieur le président.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Libre à M. Breau d'avoir les opinions qu'il a, mais si vous me demandez si je crois à la nécessité de cet affrontement, je vous dirai non.

M. Breau: Bien sûr. M. Epp pense que nous pourrions l'emporter en gardant le sourire. Là-dessus j'ai tout de même un certain nombre de choses à lui dire. Je sais qu'il a déjà essayé cette manière-là par le passé. Or, lorsqu'il y a conflit, il y a un conflit, et cela ne vous donne pas envie de sourire.

Monsieur le président, je suis heureux de revoir ici, devant ce comité parlementaire, les témoins de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada. Ils ont déjà comparu à l'époque du groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux. A l'époque ils avaient un autre président, mais leur directeur exécutif est resté le même, si je ne me trompe. Ils avaient d'ailleurs fait impression sur les membres du Comité, ainsi d'ailleurs que sur le grand public et on en avait trouvé des traces dans le rapport. J'ai eu l'occasion de rencontrer la présidente à la conférence de Saskatoon au mois d'août dernier, et j'aimerais dire que ses arguments ont eu beaucoup de poids dans la discussion qui s'est déroulée là-bas. Serait-il donc juste d'interpréter votre position comme suit: D'après vous nous cherchons dans cette Loi canadienne sur la santé à éviter que le patient n'ait encore plus à payer, et cela irait dans le sens de ce que vous désirez en matière de systèmes médicaux hospitaliers? Cela permettrait d'assainir les finances du système, et ainsi éviter que les gouvernements à venir ne s'engagent dans une voie différente de celle que vous proposez? Lorsque M^{lle} Rodger, tout à l'heure, a expliqué ce qui justifiait leur intervention dans ce débat, j'ai cru comprendre qu'il s'agissait surtout pour elle de proposer cette solution, c'est-à-dire d'écarter la solution de la surfacturation et des

[Text]

this does accomplish that, because it will put more pressure on the system to go that route.

Ms Rodger: Closing that leak, Mr. Chairman, just takes care of what we have now. And that is one step. The redistribution of resources and better utilization of health care providers are the other pieces that are needed to shift the basis of the system.

• 1710

The Chairman: One short question, Mr. Breau.

Mr. Breau: No, that is okay.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, with respect to what Mr. Epp had to say about whether this is just a context for continuation of an argument that goes on between nurses and doctors in the wards of hospitals or whatever, I just want to say as a member of this committee and also as a member of the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements that I have had the opportunity to listen to all kinds of provincial medical associations—I am not sure I want to do that again—and I have had the opportunity to listen to nurses, doctors and many other professional groups.

The one thing I would like to say, although flattery is not normally my way of operating, is that what distinguishes the nurses and other groups from the doctors is that they have not come here moaning about their own incomes and moaning about the way they are paid or whatever. There has been absolutely no reference to whether or not they are getting what they think they should be getting or whether or not they are being paid the way they should be paid. This is the one thing that distinguishes medical associations across the country from everybody else who has comments to make on health care. They are the only ones who seem to be preoccupied with their own income expectations.

I would like to ask the witnesses what they think of the trend in Ontario, and I understand now in Alberta, towards the privatization of hospital management, something which I suppose, to be fair, does not contradict the letter of the principle of non-profit administration because all that is stipulated in the Bill is that the provincial plans be operated on a non-profit basis, but it certainly is another strengthening of the profit motive in what admittedly is already a sort of ideological mongrel—i.e., medicare—where you have things happening for profit and things being administered in a non-profit way as well. What is your view of this trend, the hiring of American multinational corporations to run hospitals for profit and for a cut of whatever profit they can generate. Your people would be involved in this, and I would be interested to know your view of it.

Dr. Glass: Our concern about this is that, while the incentive seems to be the money saving, what has not really been looked at sufficiently yet—and it is reasonably new in our country at the moment but much more long standing in the United States—is the quality of the care that is being provided. I

[Translation]

frais modérateurs, et ce faisant d'assainir les finances du système, et de l'orienter dans le sens qu'elle préconise.

Mme Rodger: Assainir les finances, monsieur le président, ne fait que répondre à la situation présente. C'est déjà un premier pas. Il y a ensuite à tenir compte de la question de la redistribution des ressources disponibles, de la meilleure utilisation des personnels de santé, toutes mesures nécessaires pour modifier la base de notre système.

Le président: Une courte question, monsieur Breau.

M. Breau: Non, cela suffira.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, pour revenir à ce que disait M. Epp, lorsqu'il demandait si la discussion qui a lieu entre les médecins et les infirmières dans les hôpitaux devait véritablement se poursuivre au Comité, j'aimerais dire, en tant que membre du Comité mais aussi du groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, que j'ai eu l'occasion d'entendre toutes sortes d'associations médicales provinciales—je ne suis pas sûr que je le referais—et notamment des infirmières, des médecins et d'autres groupes professionnels.

Bien que je n'ai pas l'habitude de manier la flatterie, j'aimerais dire que les infirmières et certaines autres associations se sont distinguées des médecins dans la mesure où les premières ne sont pas venues se plaindre de leur situation financière. Il n'a absolument pas été question de ce qu'elles gagnent par rapport à ce qu'elles pensent mériter de gagner. C'est donc bien une chose qui caractérise ici les associations médicales de ce pays, par opposition aux autres groupes qui sont venus parler de santé. Ces associations médicales ont été les seules à paraître préoccupées de l'avenir de leur revenu.

J'aimerais donc demander aux témoins ce qu'ils pensent de la tendance en Ontario, et peut-être aussi en Alberta, de cette tendance à la privatisation de la gestion des hôpitaux, ce qui—pour être juste—n'est pas en contradiction avec le principe de l'administration à but non lucratif, puisque ce qui est précisé dans le projet de loi c'est que les régimes provinciaux devront être gérés sur une base non lucrative; mais d'un autre côté cela renforce tout de même la tendance à faire des bénéfices au sein de ce qui est déjà, du point de vue des principes, quelque chose d'hybride—je parle de notre système médico-hospitalier—puisque certains aspects répondent à la loi du profit et d'autres pas du tout. Que pensez-vous de cette tendance, et du fait que l'on fasse appel à des sociétés multinationales américaines pour gérer à profit ces hôpitaux, pour ensuite supprimer les bénéfices qui seraient ainsi retirés. Vous serez partie prenante dans tout cela, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Dr Glass: Nous craignons que l'on se soit tout d'abord préoccupé de l'aspect économie de la question, sans avoir suffisamment fait attention—et c'est quelque chose de neuf chez nous mais beaucoup plus ancien aux États-Unis—à la question de la qualité des soins qui seront dispensés. Jusqu'à ce

[Texte]

think until we get the whole picture it is pretty difficult to respond to that in total, but certainly we are not supportive of the non-attention to quality of care in this whole movement. We are concerned and we most certainly are following it.

Mr. Blaikie: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I think one of the most interesting aspects and most badly needed suggestions that you have is the question of home care provision, which I think is very deficient. As a family physician practising in a rural area, I am pretty much aware of the needs in that kind of setting.

Let me ask one factual question first: Do you represent and speak for the Victorian Order of Nurses? Are they members of your association?

Dr. Glass: Yes, many of them are.

Mr. Halliday: A similar question: Are there any groups of nurses that do not belong to your association? Are there any groups that parallel you at a national level?

Dr. Glass: No.

Mr. Halliday: The question I wanted to ask, Mr. Chairman, is about home care because I think it is a very important area. I have felt for a long time there should be much more opportunity for involvement of nurses and others in that level.

I am interested a little in the funding of it and who has authority and the legal implications of the whole thing.

For instance, let us take a patient coming out of hospital who has had gastroesophageal surgery, surgery down the chest and stomach. The whole advantage of home care programs is that this person can be sent home earlier because he can be overseen by health people of some sort, and that is going to reduce the utilization of hospital beds and will provide a bed for another acutely ill person. The person sent home a little more quickly than usual after that kind of surgery needs to be followed up.

Who would have the responsibility of deciding who should follow up on that patient? Would that home care be physician-directed, in your view? If the nurses are involved, as they should be, how would the nurses be paid for that service that they drive 10 miles out of the city to give? Would they be paid on a per call basis from the plan? Where would that money go? It would not go into the nurse's pocket obviously—at least I do not presume so, because you do not want a fee for service system. Where would that money go?

[Traduction]

que l'on puisse se faire une idée d'ensemble il est difficile de répondre de façon absolue, mais nous ne sommes certainement pas partisans laisser de côté la question de la qualité des soins, et c'est ce qui semble caractériser l'ensemble de ce mouvement. Voilà nos craintes, et nous suivons de très près toute cette réorganisation.

M. Blaikie: Merci, monsieur le président.

Le président: Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je pense qu'un des aspects le plus intéressant de vos propositions est celui qui touche à la question des soins à domicile, insuffisamment pris en compte par le projet de loi. En tant que médecin de famille installé dans une région rurale, j'ai conscience des besoins dans ce domaine.

Permettez-moi tout d'abord de vous poser une question d'information: est-ce que vous parlez au nom des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada? Font-elles partie de votre association?

Dr. Glass: Oui, il y en a beaucoup.

M. Halliday: Une question tout à fait semblable: y a-t-il des groupes d'infirmières qui ne sont pas dans votre association? Y a-t-il des groupes parallèles au vôtre au niveau national?

Dr. Glass: Non.

M. Halliday: La question que je voulais poser, monsieur le président, concerne les soins à domicile, point qui me semble très important. J'ai longtemps pensé qu'il fallait permettre aux infirmières et aux autres personnes d'être plus présentes à ce niveau.

Je m'intéresse donc au financement de ces soins, à la question de l'autorité des responsables, et aux implications que cela aurait sur le plan de la loi.

Prenons l'exemple d'un malade qui sort de l'hôpital où il a subi une intervention chirurgicale à l'oesophage et à l'estomac. L'avantage de ces programmes de soins à domicile c'est que le patient peut être renvoyé dans son foyer plus tôt, puisqu'il peut être suivi par des professionnels d'une sorte ou d'une autre, et cela permettra donc de réduire le nombre de lits occupés à l'hôpital, et de libérer éventuellement un lit pour un malade grave. Il est certain que la personne qui rentre chez elle un peu plus tôt qu'il est normal, après ce genre d'intervention chirurgicale, a besoin d'être suivie.

Qui aurait donc la responsabilité de décider de qui sera responsable du malade chez lui? Ces soins à domicile doivent-ils être dispensés sous la direction d'un médecin, d'après vous? Si l'on fait appel à des infirmières, ce qui semble normal, comment seront-elles rémunérées alors qu'il leur faudra parfois faire 10 milles hors de la ville? Devront-elles être rémunérées par le Régime d'assurance-maladie au service donné? Et où cet argent ira-t-il? De toute évidence ce ne sont pas les infirmières qui le toucheront—je ne pense pas, du moins, étant donné que vous ne voulez pas que l'on institue un

[Text]

Secondly, what would happen if a telephone call came in at 3 a.m. from that home that the patient was having some chest pain? Would you go back to visit the patient? Assuming that you had been doing a follow-up for, say, three days and a call came in at 3 a.m. that the patient was having chest pain, would you follow up on that, or would the physician follow up on it? The logistics of home care... I think it is crucial that we provide it, Mr. Chairman, but the logistics are giving me trouble, understanding how we do it. And who is going to take the legal liability, in the end, when something goes wrong? So far, I do not think nurses are insured for that kind of work and I not sure that they can be—or are you?

The Chairman: Let us hear what Dr. Glass has to say.

Dr. Glass: I am afraid the knowledge is a bit lacking there in terms of what goes on when nurses provide this kind of care.

There are different ways of setting up and financing these home care programs. They may be community, they may be out of hospital, there are various ways in which they are set up.

Let me go back to that notion, because the Victorian Order of Nurses—and you mentioned that a moment ago—are very much involved in this kind of care and obviously they would be the ones who would respond. They are on 24-hour call all the time. They would take the full responsibility, because every single nurse who is prepared and graduated and is registered is legally responsible for her acts. There is no concern whatsoever about that. We look after our malpractice in various ways. If this is instituted, there may be a provincial institution of that kind of insurance. Most certainly, nurses are responsible for their care and they take that responsibility.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, does each nurse pay a fee for malpractice insurance? How is that handled?

Dr. Glass: There are various systems and, yes, they are insured within those systems.

Mr. Halliday: I want to be more specific. In Ontario, it is through the county health units that home care seems to be provided out of the hospital setting. Who actually pays for the malpractice insurance that the nurse has? Does the nurse pay for it? Or who does?

Ms Rodger: Mr. Chairman, as Dr. Glass has said, every nurse pays a registration fee and is also paying for insurance for her practice—the same way the medical profession does. In some provinces, the exercise of nursing is an exclusive exercise, so any other profession practising it could be sued for malprac-

[Translation]

système d'honoraire au service. A qui serait donc versé cet argent?

Deuxièmement, que se passe-t-il lorsque l'infirmière reçoit un coup de téléphone à 3h00 du matin, de ce malade qui vient d'être opéré et qui a mal à la poitrine? L'infirmière ira-t-elle à son chevet? En supposant qu'elle suit le malade depuis trois jours, par exemple, et que ce patient téléphone à 3h00 du matin pour dire qu'il a mal à la poitrine, l'infirmière sera-t-elle encore responsable, ou fera-t-on appel au médecin? Toute cette question des soins à domicile... Je pense qu'il est nécessaire que ces soins soient dispensés, monsieur le président, mais j'ai du mal à imaginer—en connaissance de cause—comment nous arriverons à organiser ce domaine-là. Et puis, finalement, si les choses se passent mal, qui sera responsable du point de vue juridique? Je ne pense pas, pour le moment, que les infirmières soient assurées pour ce genre de cas, et je ne suis pas certain que ce genre d'assurance soit possible—qu'en pensez-vous?

Le président: Écoutons peut-être ce que le Dr Glass va nous répondre.

Dr Glass: Je crains que dans l'état actuel de nos connaissances nous ne puissions pas encore définir de façon précise le rôle de l'infirmière à ce niveau.

Il y a plusieurs façons d'organiser la chose et de financer ces programmes de soins à domicile. Il peut y avoir une organisation communautaire ou hospitalière de ce domaine.

Revenons là-dessus si vous voulez, étant donné que les infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada—vous en avez parlé tout à l'heure—dispensent beaucoup ce genre de soins, et de toute évidence ce seraient elles qui seraient appelées au chevet du malade. Elles sont disponibles 24 heures sur 24 sur appel téléphonique. Ce seraient elles qui en assumeraient donc l'entière responsabilité, puisque chaque infirmière diplômée, inscrite sur le registre, est également juridiquement responsable de ses actes. Là-dessus il n'y a aucun doute à y avoir. Nous prenons en charge toute erreur éventuelle de notre part. Dans certains cas c'est une institution provinciale qui se charge de l'assurance. Donc, les infirmières sont responsables des soins qu'elles dispensent et elles en assument l'entière charge.

M. Halliday: Monsieur le président, est-ce que chaque infirmière cotise pour cela à une caisse d'assurance? Comment cela se passe-t-il?

Dr Glass: Il y a plusieurs possibilités, et les infirmières sont effectivement assurées comme je vous l'indiquais.

M. Halliday: J'aimerais avoir des précisions là-dessus. En Ontario, les soins à domicile à l'extérieur de l'hôpital sont assurés par les services sanitaires de comté. Qui donc prend en charge l'assurance qui protège l'infirmière en cas d'erreur de sa part? Est-ce que c'est l'infirmière qui cotise elle-même? Sinon, qui?

Mme Rodger: Monsieur le président, comme le Dr Glass l'a indiqué, chaque infirmière paie des frais d'enregistrement, et en même temps d'assurance—exactement comme la profession des médecins. Dans certaines provinces l'exercice de la profession d'infirmière est protégé, et toute personne qui s'y

[*Texte*]

tice of another profession. There is total insurance. There is total salary and registration and there is no problem there.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, still on the same question, if I may, just another supplementary. I do not think Dr. Glass or Ms Rodger answered the last part of my first question. I am interested in the situation when problems arise in the middle of the night. Who then . . .

Dr. Glass: The nurse.

Mr. Halliday: Okay. That is my point, Mr. Chairman. The nurse gets a call because the patient has a chest pain. This is very interesting—you would be interested in this—because that chest pain might be due to a perforation of the operative site, it could be due to an embolus coming up from the legs, it could be due to a heart attack. This is where we get into a hang-up.

Dr. Glass: We are just going to give you a basic overrun of the difference between medicine and nursing, if you do not mind.

Ms Rodger: Mr. Chairman, the practice of nursing is to care for people, it is to deal with the needs of people at the bio-psycho-social level. Nursing care existed from way back to the time of the primitive man, or the cave-man. When somebody was sick or hurt or dependent, somebody cared for them, took care of them—took care of their positioning, their food, their moral support, their information, their environment, etc.

• 1720

Out of the provision of care, through observation, came the creation of medicine. When doing this intervention, or when using those herbs to give this drug, there was a development there of diagnosis and treatment. Medicine was created, and its orientation is diagnosis of treatment of illness. But because diagnosis and treatment of illness exist does not mean that providing basic care for patients is not needed. They are two different disciplines that work toward the goal, which is the health of people.

So a nurse, when she intervenes, intervenes from a model that is bio-psycho-social. If there is a problem with the patient that is of a medical order, for sure she is going to refer to the physician. If the patient in the middle of the night when she intervenes, and if she is caring for that patient—the patient may very well go back to sleep, or stay home, or whatever. If the patient has a problem that is medical, she is going to refer to a physician, and it will be the responsibility of the medical profession to fulfil its own social responsibility and mandate professionally. But very often in hospital nurses are there 24 hours. We are the only professionals in the health care system who are there 24 hours, 365 days a week. She intervenes an awful lot in providing care for which a physician never comes, because what is needed is not medical care but nursing care.

[*Traduction*]

livrerait sans être infirmière serait poursuivie pour pratique abusive. Le salaire de l'infirmière lui est versée intégralement, et elle fait l'objet d'une inscription sur un registre; il n'y a donc aucun problème à attendre de ce côté-là.

M. Halliday: Monsieur le président, toujours sur la même question, si vous le permettez, j'aimerais poser une question supplémentaire. Je ne pense pas que le D^r Glass ou M^{lle} Rodger ait répondu à la dernière partie de ma première question. Je voulais savoir ce qui se passerait au cas où, au milieu de la nuit, certaines difficultés surviendraient. Qui . . .

Dr Glass: L'infirmière.

M. Halliday: Très bien. Voilà où je voulais en venir, monsieur le président. L'infirmière reçoit un coup de téléphone parce que le malade se plaint d'un mal à la poitrine. Cela est très intéressant—et je pense que vous vous y intéresserez—parce que ce mal dans la poitrine pourrait être dû à une perforation de l'oesophage, ou à une embolie venue des jambes, ou même à une crise cardiaque. Voilà où la chose se complique.

Dr Glass: Si vous voulez nous allons vous dire très rapidement quelles sont les grandes différences entre les soins médicaux et les soins infirmiers.

Mme Rodger: Monsieur le président, l'infirmière est chargée de prendre soin des malades, et de répondre à leurs besoins au niveau bio-psycho-social. Les soins infirmiers existent depuis l'époque préhistorique, ou si vous voulez depuis l'homme des cavernes. Si quelqu'un était malade, blessé ou incapable de se suffire à lui-même, quelqu'un s'occupait de lui, de son état, de son alimentation, lui donnait un appui moral, le renseignait et se préoccupait de son environnement, etc.

Par l'observation c'est-à-dire par la prestation de soins on en est arrivé à la médecine. En intervenant, en recourant à ces herbes, on faisait un diagnostic et on commençait un traitement. La médecine était née; elle va du diagnostic au traitement. Mais l'existence d'un diagnostic et d'un traitement ne signifie pas que l'on peut se passer de donner des soins de base à ceux qui en ont besoin. Il s'agit de deux disciplines différentes qui tendent vers un même objectif c'est-à-dire la santé publique.

Donc une infirmière lorsqu'elle intervient, le fait à partir d'un modèle bio-psycho-social. Si une personne se sent malade, il ne fait aucun doute qu'elle en parlera au médecin. Si elle rend visite au malade au milieu de la nuit, et si, bien entendu, elle a à coeur la santé du malade—il se peut en effet que le malade se rendorme, reste chez lui, peu importe. Si elle constate que la personne doit être soignée par un médecin, elle demandera au malade de se mettre en rapport avec un médecin, et c'est alors le médecin qui aura la responsabilité sociale et professionnelle de le prendre en charge. Très souvent les infirmières travaillent à l'hôpital 24 heures par jour. Nous sommes les seuls professionnels en médecine qui travaillent 24 heures par jour et 365 jours par année. Très souvent nous donnons des soins qui ne sont jamais donnés par les médecins

[Text]

So we are talking of the model in the home in the same way that we are talking of another model that may be better known because we are accustomed to referring to a hospital. But in homes the same thing happens. So sure, call the doctor if the doctor is needed; but most of the time when the nurse intervenes the doctor is not needed, because she is providing nursing care.

Mr. Halliday: I appreciate your generosity, Mr. Chairman. I have one more question, then, as a follow-up.

You see, the difficulty here in that kind of approach is that the physician has allowed himself not to make the follow-up visits in the home. He has decided that he will discharge the patient from hospital early because there is going to be some home care.

But take the example of a pulmonary embolus. There are a lot of very subtle signs and symptoms that warn you that a massive embolus may happen. Those are things that a person gets from years of experience and years of training. My concern is that a physician who is taking responsibility for a patient is not going to want to discharge that patient home and then at the same time be responsible for what may happen if he does not also have the responsibility of identifying at the earliest possible moment those signs of impending serious trouble. That is the difficulty.

Ms Rodger: Mr. Chairman, I would like to point out that throughout this country in hospitals, in intensive care units, who is there to detect signs and symptoms of change of condition of patients if it is not nurses? Who calls the person to come?

Mr. Halliday: Those gals do not make house calls. If they made the house calls, I would be all for it; but they do not make the house calls.

Ms Rodger: Mr. Chairman, am I allowed to complete my answer?

So who does that—this identification—and who calls the physician? Nurses. And we are in intensive care with high technology. Who in most emergencies of this country do triage and send patients to surgeons or medicine? Nurses. You are going to tell me now nurses do not have the capacity or the knowledge or the preparation to handle home care, when they study anatomy, physiology, and when they have a long time of learning and deep experience? I am sorry, but I think we would be available to provide additional information if it were needed in the curriculum of nurses.

The Chairman: Thank you very much.

Miss MacDonald wants to have a question. I think the bells will ring for a vote around 5.30 p.m. or so. I would like, just before going to Miss MacDonald, though—you will recall that the usual 1,000 copies of our proceedings would be printed.

[Translation]

tout simplement parce que ces soins relèvent plutôt de la science infirmière que de la médecine.

Quand il s'agit de la maison, nous parlons de la même façon même s'il s'agit d'un modèle mieux connu parce que nous avons l'habitude de recommander l'hospitalisation. Mais à la maison il se passe la même chose. Bien sûr, il faut appeler le docteur, s'il y a lieu, mais la plupart du temps lorsque l'infirmière se rend au chevet d'un malade, il n'est pas besoin de recourir aux services d'un médecin, elle peut fort bien prodiguer les soins nécessaires.

M. Halliday: Je suis sensible à votre générosité, monsieur le président. J'ai une question supplémentaire à poser.

Le problème dans ce cas-ci, c'est que le médecin ne fait pas de visite de contrôle une fois que le malade est rentré à la maison. Il a décidé de laisser partir le malade de l'hôpital très rapidement parce qu'il sait très bien qu'une infirmière viendra lui rendre visite chez lui.

Mais prenez l'exemple d'une embolie pulmonaire. Il y a beaucoup de signes et de symptômes très subtils qui laissent prévoir la possibilité d'une embolie massive. Une personne qui a de l'expérience et qui a été formée peut reconnaître de tels signes, de tels symptômes. Je pense qu'un médecin qui se soucie de la santé d'un malade n'acceptera pas de le laisser rentrer chez lui sans prendre ses responsabilités, c'est-à-dire sans pouvoir déceler le plus rapidement possible les signes avant-coureurs d'une grave affection. Voilà le problème.

Mme Rodger: Monsieur le président je voudrais vous demander qui dans des hôpitaux du Canada, dans les services de soins intensifs, est chargé de déceler les signes et les symptômes cliniques des malades, sinon l'infirmière? Qui demande au médecin de venir en fait?

M. Halliday: Ces infirmières ne font pas de visite à domicile. Si elles le faisaient, j'y serais tout à fait favorable, mais ce n'est pas le cas.

Mme Rodger: Monsieur le président, puis-je terminer ma réponse?

Donc je posais la question de savoir qui était là pour déceler les symptômes et signes—qui demande au médecin de venir? C'est l'infirmière. Nous travaillons dans les services de soins intensifs avec du matériel de pointe. Qui dans les services d'urgence du Canada réfère les malades au chirurgien ou au médecin? Encore une fois c'est l'infirmière. Vous me dites que les infirmières n'ont pas les connaissances suffisantes ou ne sont pas à même de donner des soins à la maison, alors qu'elles étudient l'anatomie, la physiologie et qu'en outre elles ont une très grande expérience et qu'elles ont appris leur métier pendant longtemps en milieu de travail? Je regrette, je pense les infirmières pourraient ajouter beaucoup de renseignements supplémentaires sur leur curriculum vitae, au besoin.

Le président: Merci.

M^{lle} MacDonald veut poser une question. Je crois que la cloche va sonner pour que nous allions voter vers 17h30. Permettez-moi avant de donner la parole à M^{lle} MacDonald—de vous rappeler que 1000 copies de nos délibérations seront

[Texte]

There has been some demand for additional copies. There has been some suggestion of 1,500 copies, and I would like to have a motion for 1,500.

Mr. Blaikie: I move 2,000.

The Chairman: Mr. Epp.

• 1725

Mr. Epp: Mr. Chairman, I am willing to go along with that. Is there a need? What has been the run on committee hearings? What does the clerk have to report?

The Chairman: I will ask the clerk to report.

The Clerk of the Committee: We have used up the 1,000 copies and we are short for the first issue.

The Chairman: There is a motion by Mr. Blaikie to print 2,000 copies.

Mr. Breau: I second the motion.

Mr. Blaikie: There are a lot of nurses and doctors and other people concerned about health care. Two thousand is not much.

Motion agreed to.

The Chairman: I will go to Miss MacDonald for questioning.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you. I would like to come back to a question you had raised earlier about the kinds of care being provided in the community that are not provided by any other group than nurses. I happen to know that because my sister is a public health nurse and I know the kind of work she is involved in. What really worries me when I listen to her is that I think there are whole sections of the Canadian public who are not receiving health care. There has been a continuing dropout because of changes in our society.

You know, 50 years ago everyone knew everyone else in the community and they knew who to go to. They knew where to go for their doctor. They knew where to go, if there was a hospital, and so on. That is not the same way now. There are a great many people in Canada—I am thinking particularly of the City of Toronto that I know something about where great groups of people, some of them who have recently come to Canada, others who have dropped out of the school system, are beyond any institutionalized health care.

I am wondering if you can give us specifics from your own activities, beyond those you have mentioned, of how you see this increasing number of people being given the adequate kind of health care they really need before they become acute cases who have to be referred to hospitals.

Dr. Glass: We most certainly would be only too happy to do that, and we can provide many alternative suggestions as to directions to go.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I think it is very important in this whole debate and discussion that that kind of information be made known, because I think people

[Traduction]

imprimées comme à l'habitude. Toutefois on nous en a demandé d'autres. D'aucuns ont proposé que l'on imprime 1 500 copies, et je voudrais avoir une motion à cet effet.

M. Blaikie: Je propose qu'on en fasse 2000.

Le président: M. Epp.

M. Epp: Je suis prêt à accepter cela, monsieur le président. Le besoin existe-t-il? Combien d'exemplaires imprime-t-on d'habitude? Le greffier peut-il nous informer?

Le président: Je vais demander au greffier de nous informer.

Le greffier du Comité: Nous avons déjà épuisé les 1000 exemplaires, et nous n'avons pas assez d'exemplaires du premier fascicule.

Le président: M. Blaikie propose qu'on imprime 2000 exemplaires des fascicules.

M. Breau: J'appuie la motion.

M. Blaikie: Il y a beaucoup d'infirmières, d'infirmiers, de médecins et d'autres qui s'intéressent aux soins de santé. Deux mille exemplaires, ce n'est pas beaucoup.

La motion est adoptée.

Le président: Je vais maintenant donner la parole à M^{lle} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci. J'aimerais revenir à une question que vous avez soulevée tout à l'heure au sujet des différentes sortes de soins qui sont offerts uniquement par les infirmières. Si je suis au courant de la situation, c'est parce que ma soeur est infirmière d'hygiène publique, et je sais quel genre de travail elle fait. Ce qui me préoccupe surtout en l'écoutant, c'est que beaucoup de Canadiens ne reçoivent pas de soins de santé. Le problème s'est aggravé à cause des changements survenus dans notre société.

Il y a 50 ans, tout le monde connaissait tout le monde dans une collectivité, chacun savait où s'adresser s'il voulait un médecin, un hôpital, etc. Ce n'est plus le cas. Beaucoup de personnes au Canada—et je pense surtout à la ville de Toronto, où il y a beaucoup de néo-Canadiens, et d'autres qui ont quitté l'école—ne reçoivent pas de soins de santé fournis par une institution.

Pourriez-vous nous dire plus en détail comment fournir des services de santé adéquats à ces gens avant qu'ils ne deviennent sérieusement malades et aient besoin de l'hôpital.

Dr Glass: Nous serions très heureux de vous donner ce genre de détails, et nous pourrions également proposer beaucoup de solutions de rechange.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): A mon avis, il est très important de diffuser ce genre de renseignements, car beaucoup de personnes ont un point de vue très étroit sur les

[Text]

restrict themselves very, very narrowly when we are talking about the kind of care that hospitals, doctors, and so on can provide, and we are not thinking in much broader terms of the total society.

Dr. Glass: No, we are really a society that is very oriented to the physician and to illness care. What we are saying is we are really missing the boat. We have a mobile population. These were some of the things I just very briefly referred to at the beginning in terms of the whole societal structure changing. We have totally different family units now. We are not reaching the public at all in many, many ways which are really too long to go into here. But, most certainly, we would be most happy to provide that kind of information.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I would appreciate it very much, because in speeches, discussions, debates throughout the country, it is the kind of material that I know I and others could use.

Dr. Glass: Certainly.

Mr. Halliday: On a point of order before we adjourn.

The Chairman: Mr. Halliday, I would like to thank on behalf of the committee Ms Rodgers and Dr. Glass for their very excellent and informative presentation this afternoon on behalf of the Canadian Nurses Association. Thank you very much.

Dr. Glass: Thank you, and I would like to express our thanks again for our being here. But I would also like to say that we would be only too glad to provide any further information should you require it, if we can.

The Chairman: Thank you again.

Some hon. Members: Hear, hear.

The Chairman: We probably just have a couple of minutes, but Dr. Halliday had a point of order.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, on a point of order, and it is relative to our future business, I have received a telegram today, which is a copy of one I believe you received from the Medical Society of Nova Scotia. As I read this telegram, it seems to say that a decision has been taken by this committee not to hear them. I did not know that had come before the committee. I did not know we had decided not to hear them, and I am really at a bit of a loss as to know where we stand now with the other groups that want to be heard.

• 1730

I am not aware of having received another report from the steering committee, and it surprises me that they have been told they will not be heard because our committee has not been advised of that to my knowledge.

The Chairman: Order, please. There is still a bit of business to carry on with here.

Dr. Halliday, my understanding is that one of the points of contention at the moment is not just the Nova Scotia associa-

[Translation]

soins fournis par les hôpitaux et les médecins. Souvent, on ne voit pas le contexte plus large de la société dans son ensemble.

Dr. Glass: Il est vrai que la société a tendance à s'adresser aux médecins et à se concentrer sur les soins donnés en cas de maladie. À notre avis, nous manquons le coche. La population est mobile. J'ai fait allusion à cette situation au début de mon exposé lorsque j'ai parlé des changements structuraux de la société. Il existe maintenant des unités familiales complètement différentes. Il y aurait bien des façons, qui sont trop longues à énumérer ici, de desservir le public, mais nous n'y recourons pas. En tous cas, nous serions certainement très heureux de vous fournir ce genre de renseignements.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'en serais fort reconnaissante, car c'est le genre de renseignements qui seraient utiles à moi et à d'autres pour la préparation de discours, de discussions et de débats partout au pays.

Dr. Glass: Bien entendu.

M. Halliday: J'invoque le Règlement avant que la séance ne soit levée.

Le président: Monsieur Halliday, je tiens à remercier au nom du Comité M^{me} Rodgers et le D^r Glass de l'excellent exposé qu'ils nous ont présenté cet après-midi au nom de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Merci beaucoup.

Dr. Glass: Je tiens à vous remercier de nouveau de nous avoir donné l'occasion de comparaître devant vous. Nous serions très heureux de vous fournir tout autre renseignement dont vous pourriez avoir besoin.

Le président: Merci encore une fois.

Des voix: Bravo.

Le président: Il ne nous reste que quelques minutes, mais le D^r Halliday a invoqué le Règlement.

M. Halliday: Monsieur le président, le rappel au Règlement a trait aux travaux futurs du Comité. J'ai reçu aujourd'hui un télégramme, qui est une copie d'un télégramme que vous avez reçu de l'Association médicale de la Nouvelle-Écosse. D'après le télégramme, le Comité a déjà décidé de ne pas entendre ce groupe. À ma connaissance, la question n'a pas encore été soulevée devant le Comité. Je ne savais pas que nous avions décidé de ne pas entendre ce groupe, et je ne sais pas du tout quelle est notre position maintenant pour ce qui est des autres groupes qui veulent comparaître devant nous.

À ma connaissance, je n'ai pas reçu d'autre rapport du Comité directeur, et je suis étonné qu'on ait dit à ce groupe qu'on ne l'entendra pas, car, que je sache, le Comité n'est pas au courant d'une telle décision.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Il nous reste quelques questions à régler.

Si je comprends bien, D^r Halliday, ce n'est pas seulement l'Association de la Nouvelle-Écosse, mais également d'autres

[Texte]

tion but some of the other provincial associations, including Ontario and British Columbia, for instance. As we mentioned earlier, the steering committee did decide unanimously the last time we met that we would not have the provincial associations of the medical associations because they would be well represented by the CMA—next Thursday morning, I believe. That is the present situation. We also suggested that ordinarily we would not have parts of the different specialties of the medical associations before us for the same reasons. That is where it stands at the moment. The clerk has a list of about 30 names altogether of different groups and individuals that we have had general authorization on previous lists to go after, but of course the chairman is always in the hands of the committee.

At present the understanding, as I believe it is from the steering committee, and I am telling you that, is that we would not be able to see up to 12 provincial and territorial associations of the medical associations.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, certainly that disappoints me, and I do not quite follow how we are running this committee then. I understood that decisions taken by the steering committee had to come before this committee for approval, but it seems to me—this is factual . . . that the steering committee have some ideas as to what they think should be done and on the basis of that they have now decided that certain groups will or will not be heard. I presume that my own group in Ontario, the OMA, is likewise going to be told this. I do not know yet. I have not seen any evidence of it.

I want to address this problem because this is not the way that I understand standing committees function. I think that . . .

The Chairman: Order, please.

I will let you speak in a second, but the question is before the committee at present. You brought it up . . .

Mr. Halliday: Okay.

The Chairman: —as to whether the OMA and other provincial medical associations should be heard. That is a bona fide question now so I am hearing you now on that question. So just carry on, please.

Mr. Halliday: Okay, I will give my argument then.

You have given us the argument, Mr. Chairman, that because the OMA is alleged to be under the umbrella of the CMA—and it is true it is a division, but it is an autonomous division, of the CMA—that therefore it, and I gather now the Nova Scotia society, cannot be heard.

May I draw to your attention and that of the members of the committee, Mr. Chairman, that in the first report of this steering committee, of which we all have copies, among those who appear who have been recommended to be asked to appear are the following. One is the Canadian Labour Congress—and I think we should hear from the Canadian

[Traduction]

associations provinciales, dont celle de l'Ontario et celle de la Colombie-Britannique, qui aimeraient comparaître devant le Comité. Comme nous avons dit plus tôt, le Comité directeur a décidé à l'unanimité lors de sa dernière rencontre que nous ne recevions pas les associations médicales des provinces parce qu'elles seraient bien représentées par l'Association médicale canadienne, qui comparaît jeudi matin, je crois. Voilà la situation actuelle. Nous avons également dit qu'en général nous ne recevions pas des représentants des différentes spécialités au sein des associations médicales pour les mêmes raisons. Voilà où nous en sommes en ce moment. Le greffier a une liste d'environ 30 groupes et particuliers que nous sommes autorisés à inviter à comparaître. Il va sans dire, bien entendu, que le président s'en remet au Comité.

La décision actuelle du Comité directeur est que le Comité ne pourrait pas recevoir jusqu'à 12 associations médicales des provinces et des territoires.

M. Halliday: Je dois vous dire que cela me déçoit, monsieur le président, et je ne comprends pas tout à fait comment le Comité fonctionne dans ce cas. J'ai cru comprendre que les décisions prises par le Comité directeur devaient être approuvées par le Comité, mais il me semble que le Comité directeur a pris certaines décisions qui vont exclure certains groupes. Je tiens pour acquis que mon propre groupe, l'Association médicale de l'Ontario, sera dans le même cas. Je ne le sais pas encore. Je n'ai pas vu de preuve que l'Association ne comparaitra pas.

Je veux parler de ce problème, car que je sache, ce n'est pas comme cela que les comités permanents sont censés fonctionner. À mon avis . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Je vais vous donner la parole dans un instant, mais la question est devant le Comité en ce moment. C'est vous qui l'avez soulevée . . .

M. Halliday: D'accord.

Le président: Il s'agit de savoir si l'Association médicale de l'Ontario et les autres associations médicales des provinces devraient comparaître devant nous. C'est une question sérieuse, et je vous donne maintenant la parole pour en parler. Allez-y, s'il vous plaît.

M. Halliday: Très bien, je vais donc présenter mes arguments.

On prétend, monsieur le président, qu'on ne va pas entendre l'Association médicale de l'Ontario, ni la Société médicale de la Nouvelle-Écosse, parce qu'elles sont chapeautées par l'Association médicale canadienne. Il est vrai que les associations provinciales font partie de l'Association médicale canadienne, mais ce sont quand même des parties autonomes.

Je tiens à signaler aux membres du Comité, monsieur le président, que d'après le premier rapport du Comité directeur, dont nous avons tous copie, un des groupes que nous avons décidé d'inviter à comparaître est le Congrès du travail du Canada. Je pense que nous devrions entendre le CTC, mais comme les membres du Comité le savent peut-être—et s'ils ne

[Text]

Labour Congress, but I think the committee will know—if they do not know they will be interested to know—that the Canadian Health Coalition, which is also on here, was initiated by and organized by Mr. Jim MacDonald of the CLC.

If we go on from there, Mr. Chairman, not only do we have that duplication there but we have at least four other groups. We have the Canadian Nurses Association, which is also a member of the Canadian Health Coalition. We have the Canadian Council . . .

The Chairman: I hear some denials of that, Dr..

Mr. Halliday: That is not true?

A Witness: No, that is incorrect.

Mr. Halliday: Okay, I am sorry.

The Canadian Council on Social Development, whom we have already heard, is a member of the Canadian Health Coalition. The Ontario Medical Reform Group, which we have already heard, is a member of the Canadian Health Coalition. The Coalition of Canadian Pensioners I believe is also a member.

So we have one or two associations here that we are listing that act as umbrella groups and yet we are hearing a number of other ones underneath them as individual groups. So it would seem to me only fair that divisions which are autonomous on their own right within the CMA should also be heard. I am going to be very upset if we have already taken a decision that they will not be heard without this committee approving it.

• 1735

The Chairman: Dr. Halliday, we are discussing it right now. I said that the steering committee had discussed it earlier . . .

Mr. Halliday: We cannot very well report . . .

The Chairman: That is all right. I will go to Mr. Blaikie and then Mr. Breau. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, two things. If Dr. Halliday wants to suggest in the committee that we hear from the provincial medical associations, of course he has the perfect freedom to do so, but he should do so independent of pretending that this has not been dealt with by the steering committee or in fact by this committee because if you read the minutes of previous meetings, you will notice that we had a discussion of this at a previous meeting—and you were present—at which you were making the case that we should hear the OMA. In fact, we had an argument about all this already. We went through the reasons why the steering committee decided not to hear the provincial medical associations, and not out of any discrimination against doctors but for the same reason we would not want to hear all 10 provincial wings of the nurses' associations, all 10 provincial wings of the public health associations and all 10 provincial wings of two or three other organizations that are on there. That is the reason; it is not because doctors are being singled out.

[Translation]

le savent pas, ils trouveront intéressant de le constater—la Coalition canadienne de la santé, qui figure également sur la liste, a été lancée et organisée par M. Jim MacDonald, du Conseil du travail du Canada.

Au moins quatre autres groupes font également partie de la Coalition canadienne de la santé, entre autres l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, et le Conseil canadien . . .

Le président: Certains disent que ce n'est pas le cas, docteur.

M. Halliday: Ce n'est pas exact?

Un témoin: Non, ce n'est pas exact.

M. Halliday: Alors, je m'excuse.

Le Conseil canadien de développement social, que nous avons déjà reçu, est membre de la Coalition canadienne de la santé. L'*Ontario Medical Reform Group*, que nous avons déjà entendu, est membre de la Coalition canadienne de la santé. Je crois que la *Coalition of Canadian Pensioners* en est également membre.

Autrement dit, il y a sur la liste une ou deux associations qui en chapeautent d'autres, et nous allons en entendre un certain nombre quand même. À mon avis, pour être juste, il faut également entendre pour elles-mêmes les associations autonomes qui font partie de l'Association médicale canadienne. Je serais très fâché que nous ayons décidé de ne pas les entendre, avant même que le Comité ait étudié la question.

Le président: Docteur Halliday, nous en discutons en ce moment. J'ai mentionné que le Comité directeur en avait déjà discuté . . .

M. Halliday: On ne peut certainement pas faire un rapport . . .

Le président: Très bien. Je cède la parole à M. Blaikie et ensuite à M. Breau. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: J'ai deux points à soulever, monsieur le président. Si le Dr. Halliday veut proposer que le Comité entende les témoignages des associations médicales provinciales, il en a, bien sûr, parfaitement le droit, toutefois, il ne devrait pas en même temps prétendre que ce sujet n'a pas été discuté par le Comité directeur, ou par ce Comité même, car à la lecture des procès-verbaux antérieurs, on remarque qu'il y a eu une discussion à ce sujet dans une réunion précédente, pendant laquelle vous avez justement proposé qu'on entende l'Association médicale de l'Ontario. En fait, nous avons déjà eu ce débat. Nous avons étudié toutes les raisons pour lesquelles le Comité directeur avait décidé de ne pas inviter les associations médicales provinciales, et ce n'est pas par discrimination contre les médecins, mais pour la même raison qu'on ne voulait pas entendre les dix chapitres des associations des infirmières et des infirmiers, ou les dix chapitres des associations d'hygiène publique, ou les dix chapitres provinciaux de deux ou

[Texte]

Now, it was part of the steering committee report, in so far as that was discussed, when the report was tabled. You brought it up at that point and we explained why the OMA, which was the example you brought out, was not being heard. If you want to change that, fine; make a motion to that effect and it will either pass or be defeated, but do not pretend that it was not discussed, because it was.

The Chairman: Just a minute. I will hear Mr. Breau first. Mr. Breau.

Mr. Breau: Mr. Chairman, at this point I do not want to discuss too much Dr. Halliday's views or feelings about this, but I have had some experience in this regard and my understanding is that a steering committee is an organization that facilitates the planning and organization of the committee's proceedings. It is just impossible for this committee, like any other committee, for one member at every meeting to potentially start suggesting that we hear this or that, these people or that organization. Despite his disagreements, at one point Dr. Halliday will either have confidence in the steering committee or he will not.

Mr. Blaikie is correct that this was discussed before. We looked at the implications, and Dr. Halliday has a representative of his party on the steering committee. If he has views on how it should be run, it seems to me that he should discuss them with the representative of his party. At one point this committee has to give the steering committee some confidence, and give the chairman some confidence.

We cannot start scheduling and planning the work of a committee on the basis that every day any one member... There are 11 or 12 members here. It means that every day I could decide that I want to raise here and make a public issue of the fact that somebody from my province, or somebody in a sphere of interest that I happen to represent, is not being heard. This is a totally unworkable method to follow. It seems to me that we have to provide some confidence for the steering committee and for the chairman, and we have to stop this question of every two or three days making an issue of the fact that the steering committee has decided to hear somebody or not. That does not prevent a member from writing a letter to the chairman, or writing a letter to his representative on the steering committee, and suggesting people be heard; but every two or three days one member cannot start making a public issue of who the witnesses are going to be.

The Chairman: All right. I think I am going to come back to Dr. Halliday in a second, but I think it might facilitate matters and clarify it for once and for all, if I may say so, if we have a motion, if that is your wish, that the provincial medical associations not be heard. I will then go back to Dr. Halliday and we will end the debate on that point.

[Traduction]

trois autres organisations. Voilà la raison; ce n'est pas par discrimination contre les médecins.

D'ailleurs, cette raison a été communiquée dans le rapport du Comité directeur, lors de son dépôt. Vous aviez justement soulevé cette question, et on a expliqué pourquoi l'Association médicale de l'Ontario, selon l'exemple que vous nous aviez donné, ne serait pas invitée à témoigner. Si vous voulez changer cette décision, allez-y; proposez une motion à cet effet, et on l'acceptera ou on la rejettera, mais ne prétendez pas qu'on en a jamais discuté, parce que ce n'est pas le cas.

Le président: Un instant, s'il vous plaît. Je cède maintenant la parole à M. Breau. Monsieur Breau.

M. Breau: Monsieur le président, en ce moment, je n'ai pas l'intention de discuter des idées ou des sentiments du Dr Halliday à ce sujet, je veux simplement souligner que j'ai une certaine expérience à cet égard; si j'ai bien compris, le Comité directeur est un organisme qui aide à faciliter la planification et l'organisation des audiences et des délibérations du Comité. Vraiment, il n'est pas possible que le Comité, comme tout autre d'ailleurs, soit accablé à chaque réunion par les suggestions d'entendre tel et tel témoin proposé par un député. Quels que soient ses sentiments, à un certain moment, le Dr Halliday devra faire confiance au Comité directeur, ou se déclarer contre.

M. Blaikie a raison, ce sujet a déjà été discuté. Nous avons étudié au Comité directeur toutes les implications de ces invitations. Le Dr Halliday a un représentant de son parti au Comité directeur. S'il veut présenter des idées sur son fonctionnement, il me semble qu'il devrait d'abord en discuter avec le représentant de son parti. Il faut d'abord que le Comité fasse confiance au Comité directeur, et aussi au président.

On ne peut se permettre dans la planification du travail du Comité, d'accepter chaque jour les suggestions d'un député... Nous sommes onze ou douze membres déjà. Dans ce cas, je pourrais décider tous les jours d'amorcer le débat sur le fait que quelqu'un de ma province, ou quelqu'un dans un domaine d'intérêt public que je représente n'a pas été invité à témoigner. Une telle méthode de travail n'est pas acceptable. Il me semble qu'il faut faire confiance au Comité directeur et au président, il faut arrêter ces critiques qui reviennent tous les deux ou trois jours, du fait que le Comité directeur a décidé de ne pas entendre tel témoin ou tel autre. Le député membre du Comité peut très bien écrire une lettre du président, ou à son représentant au Comité directeur, pour proposer certains témoins; mais on ne peut se permettre de revenir tous les deux ou trois jours sur le choix des témoins.

Le président: Très bien. Je vais donner la parole au Dr Halliday dans un instant, mais je pense que cela nous aiderait et pourrait éclaircir toute cette question, si on pouvait proposer une motion que les associations médicales provinciales ne soient pas invitées à témoigner, si vous êtes d'accord. Ensuite, je céderai la parole au Dr Halliday, et on terminera le débat sur cette question.

[Text]

Mr. Blaikie: I do not think we should have a motion to that specifically excludes them. We have a general guideline.

The Chairman: All right, I will accept those comments and then I will ask Dr. Halliday if he wants to make a specific motion regarding what he is talking about. I have not looked at the written proceedings, if there are any yet, but my recollection is that it was discussed before in this full committee. I am not sure that we came to a final cut-and-dried agreement on it. That is all.

• 1740

We mentioned the guidelines, we mentioned what the steering committee had decided, but I am not sure that the committee has itself—I think perhaps some of us took it for granted that there was general approval, but if that was incorrect, that may not be the case. But I would suggest that we really . . .

Dr. Halliday, if you want to proceed further with a list, I think we are going to have to go over for a vote on the last day of the Throne Speech. We have heard your recommendations and you are a very able arguer, but I think if you want to proceed further, I would appreciate perhaps having a motion, if you wish.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I am not sure that is really what I want. My concern is how we are functioning as a steering committee and as a standing committee. We have had two reports from the steering committee; and that is fine. I think if I am not mistaken we approved them. Okay. But we were then provided subsequently with a list of other groups that had asked to appear; and at no time have we been told that the list is complete. We did discuss, as Mr. Blaikie says, the OMA last time, but no decision was taken on it, as you yourself, Mr. Chairman, have said.

My concern is this. I want to know at some point what the final list is of people who are going to be invited to appear. When that list is brought before this committee, I will have a chance to speak to it, and if I think somebody is missing, well, then I will have my opportunity to put that input and I will have to subject myself to the vote of the majority. But I object very strenuously to arbitrary decisions being taken by the clerk or by the chairman or by anybody else who tells . . .

Mr. Breau: We have the support of the steering committee.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, is that the way the committee system works, that the steering committee arbitrarily decides who is going to be heard? Is it not approved by way of a report to this standing committee and then approved by this . . .

The Chairman: Dr. Halliday, you are perfectly right in saying that at some stage—and probably that will be some time next week, because we are going to be adjourning now until Tuesday at 9.30 a.m.—some time next week we will have to have a final report from the clerk as to who has been contacted, who wants to come, who is able to come . . .

[Translation]

M. Blaikie: Je ne crois pas qu'on devrait avoir une motion excluant particulièrement les médecins. Nous avons déjà établi une directive générale.

Le président: Très bien, j'accepte donc ces commentaires, et je demande au Dr Halliday s'il veut proposer une motion particulière à ce sujet. Je n'ai pas étudié les délibérations précédentes, si elles sont déjà imprimées, mais je me souviens qu'on a discuté de ce sujet en Comité plénier. Toutefois, je ne suis pas certain qu'on en soit venu à une décision ferme. C'est tout.

Nous avons mentionné les lignes directrices, nous avons mentionné les décisions du Comité directeur, mais je ne suis pas certain que le Comité lui-même—je pense, que certains d'entre nous ont pris pour acquis qu'il y avait accord général, mais peut-être n'est-ce pas le cas. Enfin, je propose . . .

Docteur Halliday, si vous avez l'intention de continuer à discuter cette liste, il faut vous rappeler que nous devons aller voter bientôt pour la dernière journée du débat sur le discours du Trône. Nous avons entendu vos recommandations, que vous avez très bien présentées; si vous voulez insister davantage, je préférerais que vous nous présentiez une motion.

M. Halliday: Monsieur le président, je ne sais pas exactement ce que je veux. Ce qui m'inquiète, c'est la façon de fonctionner du Comité directeur, et du Comité. Déjà nous avons reçu deux rapports du Comité directeur, c'est très bien. En fait, si je ne me trompe, nous les avons approuvés. Très bien. Toutefois, on nous a ensuite présenté une liste d'autres groupes qui avaient demandé à comparaître, mais personne n'a jamais établi que cette liste était exhaustive. Comme le dit M. Blaikie, effectivement nous avons discuté de l'Association médicale de l'Ontario dans la dernière réunion, mais comme vous l'avez souligné, monsieur le président, aucune décision n'a été prise à cet égard.

Voici ce qui me préoccupe. Je veux connaître éventuellement la liste des personnes qui seront invitées à comparaître. Lorsque cette liste sera déposée au Comité, je pourrai en discuter, et si à ce moment-là je remarque qu'un groupe manque, alors j'aurai l'occasion de faire une proposition, qui sera, bien sûr, mise aux voix. Toutefois, je m'oppose fermement à toute décision arbitraire prise par le greffier, par le président ou toute autre personne qui me dit . . .

M. Breau: Nous avons l'appui du Comité directeur.

M. Halliday: Monsieur le président, est-ce la façon de fonctionner du système des comités, que le Comité directeur puisse arbitrairement décider qui sera entendu? La liste de témoins ne doit-elle pas faire l'objet d'un rapport du Comité directeur, qui doit être approuvé par le Comité?

Le président: Docteur Halliday, vous avez tout à fait raison à un certain moment—probablement la semaine prochaine, car nous devons maintenant lever la séance jusqu'à mardi prochain à 9h30—nous devons recevoir un rapport final du greffier nous disant qui a été contacté, qui veut comparaître, qui peut comparaître . . .

[Texte]

Mr. Halliday: Who was asked to come?

The Chairman: —and who was asked to come.

Mr. Halliday: I want that too.

The Chairman: Oh, yes, all those things. The committee will have to make a final decision on that at that point. Right now we have the discretion given by the whole committee to carry on in certain broad areas of looking for certain of the groups, and in our general agreements beforehand we decided not to have the provincial associations. But at some time, probably next week, we will have to make a final decision on the other people who should be invited but whom we have not invited, or that sort of thing.

That is what the situation is, as I see it. Any further comments?

Mr. Halliday: Mr. Chairman, may I say that I appreciate what you are saying. I accept that. But I want the committee to bear in mind that we have already agreed to hear, and have heard, a number of small groups who act under the umbrella of the Canadian Health Coalition. If that is not a precedent regarding the medical societies in this country, I do not know what is.

The Chairman: We have heard your argument. We will adjourn till Tuesday at 9.30 a.m.

[Traduction]

M. Halliday: Qui a demandé à comparaître?

Le président: . . . et qui a demandé à comparaître.

M. Halliday: Je veux aussi cette liste.

Le président: Oui, oui, toutes ces listes. Ensuite le Comité devra prendre une décision finale. En ce moment, le Comité plénier nous a donné un certain pouvoir d'étudier les domaines principaux afin de choisir certains groupes, et dans les ententes générales qui ont précédé cette sélection, nous avons décidé de ne pas inviter les associations provinciales. Toutefois, sans doute la semaine prochaine, il nous faudra établir la liste définitive des autres groupes ou personnes qu'on devrait inviter, mais qui ne le sont pas encore.

Voilà la situation en ce moment. Y a-t-il d'autres commentaires?

M. Halliday: Monsieur le président, j'apprécie beaucoup la position que vous prenez. Je l'accepte. Toutefois, je rappelle au Comité que nous nous sommes déjà entendus pour entendre un certain nombre de petits groupes agissant sous le regroupement de la Coalition canadienne de la santé. Vraiment, je ne pourrais trouver un meilleur précédent concernant les sociétés médicales du pays.

Le président: Nous avons entendu vos arguments. La séance est levée jusqu'à mardi à 9h30.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Council on Social Development:

Mr. Terry Hunsley, Executive Director;
Ms. Joanne Eschauzier, Health Researcher.

From the Canadian Public Health Association:

Dr. Larry Chambers, First Vice-President;
Professor Jonathan Lomas, member of the committee
working on the Canada Health Act.

From the Canadian Nurses Association:

Dr. Helen Glass, President;
Ms. Ginette Rodger, Executive Director.

Du Conseil canadien de développement social:

M. Terry Hunsley, directeur général;
M^{me} Joanne Eschauzier, chercheuse dans le domaine de la
santé.

De l'Association canadienne de l'hygiène publique:

D^r Larry Chambers, premier vice-président;
D^r Jonathan Lomas, membre du comité chargé d'étudier le
projet de loi.

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:

D^r Helen Glass, président;
M^{me} Ginette Rodger, directrice générale.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 5

Tuesday, February 14, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 5

Le mardi 14 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

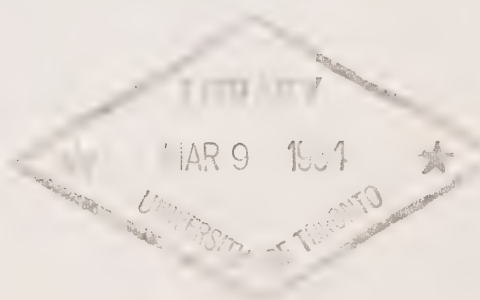
Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

Pursuant to Standing Order 69(4)(b)

On Friday, February 10, 1984:

Joe Reid (*St. Catharines*) replaced Steven Paproski

On Monday, February 13, 1984:

Margaret Mitchell replaced Svend Robinson (*Burnaby*)

Conformément à l'article 69(4)b) du Règlement

Le vendredi 10 février 1984:

Joe Reid (*St. Catharines*) remplace Steven Paproski

Le lundi 13 février 1984:

Margaret Mitchell remplace Svend Robinson (*Burnaby*)

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 14, 1984

(8)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:45 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau, Mrs. Mitchell and Mr. Reid.

Other Members present: Messrs. Foster and Lang.

Witnesses: The Honourable Emmett Hall. *From the University of Toronto:* Professor Eugene Vayda, Associate Dean, Community Health, Faculty of Medicine and Professor John Hastings, Department of Health, Administration. *From the Canadian Association of Internes and Residents and "la Fédération des Médecins résidents et internes du Québec":* Dr. Hugh Tildesley, president of CAIR; Dr. Daniel Larose, FMRIQ administrator; Dr. Brian Conway, FMRIQ administrator; Dr. Derryck Smith, CAIR executive; Dr. Cindy Whitman, CAIR executive; Mr. Jeffrey Sack, Q.C., CAIR legal counsel and Mr. Jim MacDonald, legal counsel.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 1:12 o'clock p.m., the Committee adjourned until 3:30 p.m.

AFTERNOON SITTING

(9)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:38 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand and Hudecki.

Other Members present: Messrs. Foster and Lang.

Witnesses: *From the Canadian Hospital Association:* Ms. Claire Labrèche, Chairman, Board of Directors; Mr. Jean-Claude Martin, President; and Mr. Daniel LeTouzé, Vice-President, Research.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 14 FÉVRIER 1984

(8)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 45, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau, M^{me} Mitchell et M. Reid.

Autres députés présents: MM. Foster et Lang.

Témoins: L'honorable Emmett Hall. *De l'Université de Toronto:* Le Pr Eugene Vayda, Vice-doyen, Santé communautaire, Faculté de médecine, et le Pr John Hastings, Département d'administration des services médico-hospitaliers. *De l'Association canadienne des médecins internes et résidents et de La Fédération des médecins résidents du Québec:* Le Dr Hugh Tildesley, président, CAIR; le Dr Daniel Larose, administrateur, FMRIQ; le Dr Brian Conway, administrateur, FMRIQ; le Dr Derrick Smith, exécutif, CAIR; le Dr Cindy Whitman, exécutif, CAIR; Me Jeffrey Sack, c.r., conseil juridique, CAIR, et Me Jim MacDonald, Conseil juridique.

Le Comité reprend examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule no. 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 13 h 12, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 15 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

(9)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 38, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand et Hudecki.

Autres députés présents: MM. Foster et Lang.

Témoins: *De l'Association d'hôpitaux du Canada:* M^{me} Claire Labrèche, présidente, Conseil d'administration; M. Jean-Claude Martin, président; M. Daniel LeTouzé, vice-président, Recherche.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes

plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 5:15 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines loi en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 17 h 15, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, February 14, 1984

• 0945

The Chairman: Order, please.

I will call the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order. We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act. We are very pleased to have with us today Mr. Justice Emmett Hall, who is regarded as the father of medicare in Canada.

Some hon. Members: Hear, hear!

The Chairman: Mr. Justice Hall, I gather you do not have a brief and we will just look forward to hearing your comments. Thank you very much. Mr. Justice Hall.

The Hon. Mr. Justice Emmett Hall: Mr. Chairman, ladies and gentlemen. I quite deliberately did not prepare a total brief because I thought the discussion could be more general. As a beginning, I thought it might be interesting to members of the committee to review somewhat the history. I recognize that my appearance here today stems from my participation in the royal commission and in the review of 1980.

How did we get to where we are today in medicare? It originated—and this is perhaps not fully recognized—with the Canadian Medical Association from the experience and compassion of Canadian doctors in and following the great depression of the 1930s.

I think in this the great recession of the 1980s, it is worthwhile to rededicate the nation to the principles upon which the program was founded. It began in 1934 at a meeting of the Canadian Medical Association in Calgary, when the association proposed a plan, and I quote:

... to make available for every Canadian the full benefits of curative and preventive medicine irrespective of individual ability to pay.

Patients would not pay fees for their health care, and I quote again:

... because the main objective is to remove any economic barrier which now keeps doctors and patients apart.

This was organized medicine's position 50 years ago. It was restated in an appearance before the House of Commons in 1943. At that time the CMA said:

The CMA desires to assure the committee ...

—and that was the health committee of the House at that time ...

—that our entire organization, stretching from sea to sea, stands ready to render any assistance in its power towards

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 14 février 1984

Le président: À l'ordre, je vous en prie.

La séance du Comité permanent de la santé et du bien-être social est ouverte. Nous poursuivons l'étude du bill C-3, la Loi canadienne sur la santé. Nous avons le plaisir de recevoir aujourd'hui le juge Emmett Hall, qui est considéré comme le père de l'assurance-santé au Canada.

Des voix: Bravo, Bravo.

Le président: Monsieur le Juge Hall, vous n'avez pas de mémoire à nous présenter, je crois, nous allons donc écouter vos observations avec intérêt. Merci beaucoup. M. le Juge Hall.

L'honorable Juge Emmett Hall: Monsieur le président, mesdames et messieurs. Si j'ai choisi de ne pas préparer un mémoire complet aujourd'hui, c'est délibérément car il m'a semblé que la discussion serait plus intéressante. Pour commencer, j'ai pensé que les membres du Comité aimeraient entendre quelques mots sur l'historique de l'assurance-santé. Je sais que si j'ai été invité à comparaître aujourd'hui, c'est que j'ai participé à la Commission royale et à la révision de 1980.

Comment sommes-nous parvenus au système d'assurance-santé que nous avons aujourd'hui? Beaucoup de gens l'ignorent, mais c'est l'Association médicale canadienne qui, grâce à la compassion et à l'expérience des médecins canadiens après la grande dépression des années 30, est à l'origine du système.

Dans ces conditions, il est tout à fait normal que pendant cette grande récession des années 80, notre nation réitère les principes sur lesquels était fondé le programme. Tout a commencé en 1934, à une réunion de l'Association médicale canadienne à Calgary; à cette époque, l'Association avait proposé un plan et, je cite:

... pour faire profiter pleinement tous les Canadiens de tous les avantages de la médecine curative et préventive, indépendamment de leur possibilité de payer.

Les patients ne devaient pas payer les soins de santé qu'ils recevaient et, je cite encore:

... parce que l'objectif principal est de supprimer les barrières économiques qui séparent actuellement les médecins et les patients.

Voilà quelle était la position de la médecine organisée il y a 50 ans. Comparaisant devant la Chambre des communes en 1943, l'AMC réaffirmait cette position dans ces termes:

L'AMC souhaite assurer au Comité ...

... il s'agissait du Comité de la santé de l'époque ...

... que tous les membres de notre organisation, d'un océan à l'autre, sont prêts à prêter leur aide, dans toute la mesure

[Text]

the solution of one of the country's most important problems; namely, the safeguarding of health.

Now, the demand and drive for a comprehensive health care program continued and gained momentum. Saskatchewan pioneered with the public hospital plan in 1947 and by 1955, British Columbia, Alberta, Ontario and Newfoundland were operating some form of public hospital insurance.

In 1961, as some of you will recall, there were difficulties in Saskatchewan with the proposed Douglas plan.

In 1961, Mr. Diefenbaker appointed a commission

... to inquire into and report upon the existing facilities and the future need for health services for the people of Canada and the resources to provide those services, and to recommend such measures consistent with the constitutional division of legislative powers in Canada as the commissioners believe would ensure the best hospital, the best health care.

• 0950

Some have expressed concern about how I got to be chairman; and perhaps you might appreciate just a word. I was then chief justice in Saskatchewan. I was presiding over a trial, and my clerk handed me up a piece of paper saying that Mr. Diefenbaker would like to have me call him on the telephone. In a few minutes we adjourned. I went downstairs and called. We had a little chat, because we had been friends and comrades actually from the day we both got our law degree together in the spring of 1919.

He said he had had a delegation from CMA asking him to appoint a commission, and he wondered if it was a good idea. I said no doubt it had merit; say hello to your good wife, and so forth; goodbye. I went on to 12.30, adjourned for lunch, went downstairs, took off my gown, and walked across the street to the Assiniboia Club, just at 1.00 o'clock, when the news was on announcing that I was chairman of the commission. So it was done with great forethought.

The commission was not fleshed out until June. We could go into the details of that. But the commission was eventually appointed and we were given the directions contained in the Order in Council.

Now, skipping forward, the commission was actually three years in its work. It saw all of Canada, of course, England, Scotland, Germany, Australia, to a degree Russia, although we did not get very far out of Moscow. We thought we had made a pretty good survey of health concerns, particularly in the United States, before coming to any conclusions.

The commission brought in a report and suggested the Canadian—the health charter. Meanwhile Mr. Pearson had become Prime Minister, and he found himself to be quite

[Translation]

du possible, pour trouver une solution à l'un des plus graves problèmes du pays, la sauvegarde de la santé.

Par la suite, la motivation et le besoin d'un programme de soins de santé complet continuèrent à grandir. La Saskatchewan ouvrit la voie en adoptant un plan d'assurance-hospitalisation en 1947 et, en 1955, la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et Terre-Neuve avaient une forme quelconque d'assurance-hospitalisation.

En 1961, certains d'entre vous s'en souviendront, le plan Douglas suscitait des difficultés en Saskatchewan.

En 1961, M. Diefenbaker nomma une commission

... d'enquête sur les moyens actuels et les besoins futurs en ce qui concerne les services de santé pour la population du Canada, ainsi que sur les ressources destinées à assurer ces services, et pour recommander les mesures, compatibles avec la répartition constitutionnelle des pouvoirs législatifs du Canada, qui, de l'avis des commissaires, assureront que les meilleurs soins possibles de santé soient à la disposition de tous les Canadiens,

Certains se sont demandés pourquoi j'avais été nommé président, je vais donc vous en dire un mot. A l'époque, j'étais juge en chef de la Saskatchewan; j'étais en train de présider un procès, et mon greffier me passa une feuille de papier qui m'avertissait que M. Diefenbaker me demandait de lui téléphoner. Au bout de quelques minutes, la séance fut levée et je descendis téléphoner. Nous discutâmes un moment car nous étions amis, et même camarades, depuis le jour où nous avions obtenu en même temps notre diplôme de droit au printemps 1919.

Il me dit qu'une délégation de l'A.M.C. lui avait demandé de nommer une commission et il me demanda si, à mon avis, c'était une bonne idée. Je lui répondis que l'idée avait des mérites certains; je lui demandais de saluer sa femme, etc., et nous prîmes congé. Je retournai à l'audience jusqu'à 12 h 30 et nous levâmes la séance pour le déjeuner. Je redescendis, j'enlevai ma robe, et je me rendis au Club Assiniboia, de l'autre côté de la rue; aux nouvelles d'une heure on annonçait que j'avais été nommé président de la Commission. Vous voyez, cela se fit après de très mûres réflexions.

La Commission ne fut pas constituée avant le mois de juin; je pourrais vous donner les détails, mais finalement la Commission fut nommée et on nous donna des instructions qui figurent dans le décret en conseil.

Maintenant, je saute des passages; la Commission travailla pendant trois ans, passa en revue la situation dans tout le Canada et, bien sûr, en Angleterre, en Écosse, en Allemagne, en Australie et, d'une certaine mesure en Russie mais nous ne sommes pas allés bien au-delà de Moscou. Nous pensions avoir fait une étude assez approfondie des questions de santé, en particulier aux États-Unis, avant de formuler nos conclusions.

La Commission déposa son rapport et proposa la charte de la santé. Dans l'intervalle, M. Pearson était devenu premier ministre et il était tout à fait en faveur de cette idée. Lorsque

[Texte]

favourable. When the commission reported, he arranged that the report would receive wide publicity.

I think it may be worthwhile perhaps to jump to a statement—the commission recommended the health charter, which was to cover the whole of Canada in accordance with the constitutional arrangements that existed. As we said, there had been a question about whether the commission was to the right, or to the left, and so forth.

If we remember the personnel, Wally McCutcheon—I think he is well known as Mr. E.P. Taylor's associate . . . —Dr. Van Wart, from New Brunswick, the Past President of the Canadian Medical Association; the Past President of the Canadian Dental Association; Mr. Firestone, who had been an economic advisor to C.D. Howe . . . It had been suggested by Mr. Blakeney in the CCF paper in Regina that we were the hatchet men for the CMA. That is the way it started. We urged Canadians not to become involved in a battle of semantics. In recommending the program we proposed, we steered clear of the views of those on the extreme right or the extreme left. We said we were opposed to state medicine, that is, to a system in which all providers of health services were functionaries under the control of the state. We recommended a course of action based upon social principles and the co-operation and participation of society as a whole in order to achieve the best possible health care.

• 0955

It was our view to base the program upon freedom of choice on the part of the citizen, and on services provided by free and self-governing professions. By safeguarding these elements, so vital to a free society, we believed we had avoided the difficulties inherent in a program which attempted to nationalize the services which one group provides for another.

I think I might say the principle which dominated the commission's thinking was that money spent on essential health care was money well spent, an investment in human resources that would pay handsome dividends, not only in terms of economics but in human well-being.

We sort of paralleled medical care with education, recognizing that the right to education was one universally recognized in Canada, an entrenched right which no one would dare to challenge, and it was beyond question that all our young people had to be better educated and more competently trained to survive in the highly competitive age we were entering upon. And we said it was equally true that health services are as much an investment as education is. Health services and education, in our view, had to be regarded as twin endeavours, advancing the good of Canadians, believing that neither would attain its full potential for good if one were allowed to lag behind the other. It was our view that progress in one must be paralleled by progress in the other and that the fruits must be available to all.

[Traduction]

la Commission déposa son rapport il veilla à lui donner beaucoup de publicité.

Maintenant, je vais passer à une déclaration . . . La Commission recommanda la charte de la santé qui devait englober tout le Canada conformément aux dispositions constitutionnelles de l'époque. Comme nous l'avons dit, les gens s'étaient demandés si la Commission était à droite ou à gauche, etc.

Si vous vous souvenez de ses membres, Wally McCutcheon—qui est bien connu en sa qualité d'associé de M. E.P. Taylor—le Dr Van Wart, du Nouveau-Brunswick, ancien président de l'Association médicale du Canada; l'ancien président de l'Association dentaire du Canada; M. Firestone, qui avait été conseiller économique de C.D. Howe . . . Dans un article dans le journal du C.C.F. de Regina, M. Blakeney avait prétendu que nous étions les hommes de main de l'A.M.C. C'est ainsi que nous avons commencé. Exhorter les Canadiens à ne pas s'engager dans une bataille sur les mots. En recommandant notre programme, nous sommes restés loin de ceux dont les opinions étaient d'extrême droite ou d'extrême gauche. Nous avons dit nous opposer à une médecine d'état, c'est-à-dire un système dans lequel tous ceux qui fournissent les services de santé deviennent des fonctionnaires régis par l'État. Nous avons recommandé de nous fonder sur des principes sociaux, de même que sur la collaboration et la participation de la société prise globalement, afin de pouvoir offrir les meilleurs soins de santé possibles.

Nous avons prôné un programme se fondant sur la liberté de choix de la part du citoyen ainsi que sur des services dispensés par des professionnels libres et se régissant eux-mêmes. En sauvegardant ces éléments, si essentiels à la survie d'une société libre, nous avons pensé éviter les difficultés inhérentes à un programme qui tenterait de nationaliser des services qu'un groupe dispenserait à un autre.

Le principe sur lequel la Commission a fondé sa position était le suivant: l'argent que l'on consacre aux soins de santé essentiels est de l'argent bien dépensé, et c'est même un investissement en ressources humaines qui rapporte des dividendes bien intéressants, non seulement en terme d'économie mais en terme de bien-être de l'humanité.

Nous avons établi le parallèle entre les soins médicaux et l'éducation, puisque l'on reconnaît de façon universelle au Canada le droit à l'éducation et qu'il s'agit même d'un droit inscrit que personne n'oserait contester; il ne faisait pas non plus de doute que tous nos jeunes se devaient d'être mieux instruits et formés pour mieux faire face à la concurrence s'ils voulaient survivre à une époque de grande concurrence comme celle qui s'ouvre devant nous. Par conséquent, il était également vrai que les services de santé étaient autant un investissement que l'éducation. À notre avis, les services de santé et l'éducation doivent être considérés comme des entreprises jumelées visant à faire progresser les Canadiens, et nous croyons fermement que aucune de ces deux entreprises ne peut atteindre son plein potentiel si l'on permet à l'une de prendre du retard par rapport à l'autre. Les progrès de l'une doivent

[Text]

In the matter of remuneration, we said that the methods of remuneration were to be fee-for-service, salary, or other arrangements, and the rates thereof, the amount, should be as agreed upon by the professional associations and the provincial administrative agencies, and not by arbitrary decision, with an appeal procedure in the event of inability to agree. I am going to come back to that later.

We tried to stress that the fundamental feature of the program was based on free, independent, self-governing professions. Everything otherwise was to continue as it had been. The physician was to continue in private practice, to render the service which in his judgment and diagnosis was indicated. The state was not to interfere with the professional management of the patient's condition, nor with the confidential nature of the physician-patient relationship. Only the manner of receiving payment was altered.

We said then, and I say now, that no one can seriously suggest that any method of receiving payment is sacrosanct or that it has any real therapeutic value. Some have argued otherwise, but it is very hard to see.

• 1000

What we tried to do was to avoid the perpetuation in Canada of dual classes of citizenship, one of which would be inferior or second class merely from the fact of the disparity in income. All had to have access to the needed health services, and through the same door. Canada could not have millions of its citizens obtain health services through a back door bearing the sign: This way for those who are to be means-tested. This was the committee of the personnel that I named a few minutes ago.

The way the commission looked at it was that the trauma of illness, the pain of surgery and the slow decline to death are burdens enough for human beings to bear without the added burden of medical and hospital bills penalizing the patient at the moment of vulnerability, that the Canadian people should be determined that they should band together to pay medical bills and hospital bills when they were well and income-earning. Health services were to be no longer bought off the shelf and paid for at the check-out stand; nor was there a price to be bargained for at the time the service was sought. They were a fundamental need, like education, which Canadians must meet collectively and pay for through taxes.

You will recall that in September 1979, when Mr. Crombie was minister, I was asked to review the situation as it then was. I undertook to do so. I had hearings all over Canada, and I

[Translation]

avancer en parallèle avec ceux de l'autre, et leurs fruits doivent être distribués à tous.

Pour ce qui est de la méthode de rémunération, nous avons dit qu'il était possible de choisir que les honoraires correspondent aux services rendus, qu'il y ait un salaire ou toute autre méthode appropriée. En outre, les taux de rémunération devraient correspondre à ce qui a été accepté par les associations professionnelles ainsi que par les organismes administratifs provinciaux, et non dépendre d'une décision arbitraire. Si l'on est impuissant à s'entendre, il devrait y avoir possibilité de faire appel, ce sur quoi je reviendrai ultérieurement.

Nous avons tenté de faire ressortir que l'aspect fondamental du programme découlait du fait que les professions intéressées étaient libres, indépendantes et qu'elles se gouvernaient elles-mêmes. Pour tout le reste, rien ne devait changer. Le médecin devait continuer à pratiquer en privé, à rendre les services que son jugement et ses diagnostics lui dictaient. L'État se devait de ne pas s'ingérer dans la gestion professionnelle de l'état du patient, ni dans la nature confidentielle des liens existant entre le médecin et son patient. Seule la façon dont le paiement était reçu était modifiée.

Nous avons dit à ce moment-là, et je le répète aujourd'hui, que nul ne peut sérieusement prétendre que la méthode de paiement, quelle qu'elle soit, soit sacro-sainte ni qu'elle présente une valeur thérapeutique réelle quelconque. D'aucuns ont maintenu le contraire, ce qui est difficile à comprendre.

Nous avons tenté d'éviter que se perpétuent au Canada deux classes de citoyens, dont l'une serait inférieure à l'autre tout simplement à cause de la différence dans leurs revenus. Tous devaient pouvoir accéder aux mêmes services de santé, et cela par la même porte. Le Canada ne pouvait se permettre de voir des millions de ses citoyens quémander des services de santé en passant par la petite porte réservée à ceux dont les moyens de subsistance devaient être examinés. C'était en tout cas ce qu'avait tenté le comité regroupant ceux que je vous ai nommés il y a quelques minutes.

La commission considérait que le traumatisme d'une maladie, la douleur d'une opération ainsi que le déclin irrémédiable vers la mort constituent des fardeaux suffisamment lourds à porter par les êtres humains sans qu'il soit nécessaire d'y ajouter des factures médicales et des notes d'hôpitaux qui pénaliseraient le patient au moment même où il est le plus vulnérable; les Canadiens se devaient de se liguier pour payer leurs factures d'hôpitaux et leurs frais médicaux au moment même où ils étaient en bonne santé et tiraient un revenu d'un emploi. Il ne fallait plus que les services de santé soient distribués sur les étagères et payés aux comptoirs de sortie; il ne fallait pas non plus être obligés de négocier son prix au moment de recevoir le service. Les soins de santé représentaient un besoin fondamental, tout comme l'instruction, besoin auquel les Canadiens devaient répondre collectivement et qu'ils devaient payer par le truchement de leurs taxes.

Vous vous rappellerez que le ministre d'alors, M. Crombie, m'avait demandé en septembre 1979 de revoir la situation. J'ai accepté cet engagement, et après des audiences tenues partout

[Texte]

found that virtually everyone who appeared spoke to two issues: one, the growing practice of physicians to extra-bill, and, two, the controversies that were evident from the conflicts between the medical profession and the provinces over the scale of fees paid to physicians.

The medical profession maintained that it had the right to determine its own fee structure and fees charged for medical services. That is a position which could not be accepted. The medical profession is not and cannot be a law unto itself. Organized medicine is a statutory creation of legislatures and of Parliament. When the state grants a monopoly . . . —and the medical profession is a monopoly, as law is a monopoly, as dentistry is a monopoly and as accounting is a monopoly—to an exclusive group to render an indispensable service it automatically becomes involved in whether those services are available and on what terms and conditions.

By the same token, the state does not have the right to conscript the services of physicians.

So we have two conflicting concepts, and it is imperative that some solution or mechanism to solve the conflict be found. Otherwise, medicare in Canada, as we have known it over the past 14 years, can fail in time. It is alive and well today, but we are at a time in history when we must have a good look at where we are going.

• 1005

Now, people from all over Canada were insisting that any failure or lowering of the standards should not be allowed to happen. Individuals and groups, as well as The Canadian Medical Association, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and all the provincial medical associations and the provincial governments were in agreement in their determination that medicare must not fail. I was told from one end of Canada to the other that extra-billing by physicians, as practised in all provinces except Quebec, was unacceptable. The opposition came from governments as well as individuals and certainly from consumer groups. The opposition was organized and articulate, but it must be stressed that virtually all who opposed opting out and extra-billing were equally forthright in advocating that physicians were entitled to be adequately and fairly compensated.

That is the conflict, and it is one that is going to be extremely difficult to resolve. Some physicians sense a loss of status or prestige as other occupations catch up to them in the economic race. Those who feel that way, it seems, overlook that this catching-up process is a developing phenomenon of the age in which we live, where those in the lower economic strata are justifiably attaining proportionately higher income

[Traduction]

au Canada, j'ai pu constater qu'à peu près tous ceux qui avaient comparu s'étaient penchés sur deux problèmes: d'une part, la tendance de plus en plus répandue des médecins de surfacturer, et d'autre part, les controverses de plus en plus évidentes résultant des conflits surgissant entre la profession des médecins et les provinces au sujet de l'échelonnement des honoraires à verser aux médecins.

Le groupe professionnel des médecins maintenait qu'il avait le droit de déterminer sa propre structure de l'horaire ainsi que les honoraires à demander contre des services médicaux rendus. Cette position-là, nous ne pouvions l'accepter. Le groupe professionnel des médecins n'est pas la loi et ne peut être considéré comme telle. La médecine telle qu'elle est organisée est une création statutaire des assemblées législatives et du Parlement. Lorsque l'État accorde un monopole à un groupe exclusif—le groupe professionnel des médecins est un monopole, tout comme le groupe des avocats, des dentistes ou des comptables—afin que ce dernier rende des services indispensables, il s'ensuit que l'État doit automatiquement s'assurer que ces services sont accessibles, et à quels prix et conditions.

Par ailleurs, l'État n'a pas le droit d'engager de force les services des médecins.

On se trouve donc en présence de deux positions contradictoires, et il est impératif de trouver une solution ou un mécanisme qui règle le conflit. Sinon, le système d'assurance-santé tel que nous l'avons connu au Canada dans les 14 dernières années, risque de s'en aller à vau-l'eau. Il se porte encore bien, certes, mais nous sommes parvenus à un carrefour de l'histoire et nous ferions bien de réfléchir avant de choisir la voie sur laquelle nous allons nous engager.

De toutes les parties du Canada, on nous exhorte à ne pas tolérer d'échec, ni d'abaissement des niveaux. Tous, individus et groupes, ainsi que l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi que toutes les Associations médicales provinciales et des gouvernements provinciaux étaient fermement résolus à ne pas laisser sombrer le système d'assurance-santé. D'un bout à l'autre du Canada, on m'a assuré que la surfacturation des médecins telle qu'elle est pratiquée dans toutes les provinces à l'exception du Québec, était inacceptable. L'opposition provenait des gouvernements aussi bien que des individus, et certainement des groupes de consommateurs, c'était une opposition vigoureuse et bien organisée, mais il convient de faire remarquer que pratiquement tous ceux qui s'opposaient à la désaffiliation et à la surfacturation n'en étaient pas moins en faveur d'une rémunération satisfaisante et suffisante des médecins.

C'est là qu'est le noeud du conflit, un noeud qui sera fort difficile de dénouer. Certains médecins se sentent lésés dans leur prestige ou dans leur *standing*, au fur et à mesure que d'autres professions les rattrapent dans l'ascension sociale. Ceux qui en jugent ainsi ne se rendent pas compte que ce processus de nivellement se généralise à notre époque, ou ceux des classes économiques inférieures arrivent à gagner propor-

[Text]

returns percentage-wise as the cost of living continues to rise, etc., and bears most heavily on them.

The income of the physician has continued to rise, but at a lower level and percentage-wise. Accepting that physicians have a right to be fairly and adequately compensated can be stated this way, no more, no less, and the state has a right to be concerned with the problem. That the state has a right is vital to the harmony and survival of medicare.

My conclusion in the 1980 report was that, failing all else, there should be binding arbitration. Now, I use the word "arbitration" to denote consultation and some system that could bring the two parties together where they could come to an agreement, and if not, with a body that would have the potential of making a final decision.

Provinces have the power to outlaw extra-billing and should do so. But it must be a condition of any legislation outlawing that form of billing that whatever is done is equally binding on the province and on the profession, that the old concept that Cabinet could more or less operate above the law in certain respects could not be condoned, and that the right of the Cabinet to approve or disapprove of the arbitration award should no longer exist.

• 1010

Now, just as the courts of law as we know them today, whose judgments governments and citizens must and do accept and follow, are civilized society's substitute for the resort to naked force, so may some arbitral procedure, even if seldom resorted to, be society's substitute for conflict and chaos in Canada's health services.

The provinces and the profession have rejected this idea of ultimate bargaining and imposed solution. They continue in conflict. Extra billing and user fees—and that is really a new concept this year in magnitude since Alberta came forward with their idea of the \$20 a day idea—and such proposals as privatization, which the Canadian Medical Association has been advocating, now loom larger on the horizon and unless controlled will ultimately, not today but over the years, destroy the program acknowledged by everybody to be the best in the world.

The Hon. Minister, Madam Bégin, as I see it, sensing no other way to save the program, has chosen the procedures set out in the medicare bill which your committee is studying. I say that I support passage, because I see no other solution available today. I know I have not covered the entire subject. I am available to answer such questions, to be of such help as I can be. I am in the hands of the committee.

The Chairman: Thank you very much, sir.

We do have a very large attendance at committee today, an overflow, which is worthy of our witness. I will have to rule

[Translation]

tionnellement davantage, avec l'augmentation du coût de la vie et autres facteurs qui les touchent plus durement.

Les médecins ont continué, certes, à voir augmenter leur revenu, mais à une allure ralentie, en termes de pourcentage. On peut donc reconnaître, certes, que les médecins ont le droit d'être rémunérés de façon suffisante et satisfaisante, ni plus ni moins, et l'État a le droit de s'occuper de cette question. Ce droit de l'État est essentiel pour l'harmonie et la survie du système d'assurance-santé.

J'avais conclu, dans le rapport de 1980, qu'en cas d'échec de toutes les autres tentatives, il devrait y avoir arbitrage obligatoire. J'entends par «arbitrage» des modalités de consultations permettant le rapprochement des deux parties afin de leur permettre de parvenir à un accord et, en cas d'échec, un organisme habilité à prendre des décisions définitives.

Les provinces ont le pouvoir d'interdire la surfacturation, et c'est bien ainsi. Mais aucune législation ne devrait pouvoir interdire cette forme de facturation sans que la décision ne soit également exécutoire dans la province et pour la profession médicale, et sans qu'on renonce à ce que le Cabinet, à certains égards se place, plus ou moins au-dessus de la loi, et perde le droit d'approuver ou de désapprouver la sentence arbitrale.

De même que les cours de justice, telles que nous les connaissons de nos jours, devant les jugements desquels gouvernements et citoyens doivent s'incliner et le font effectivement, constituent pour une société civilisée, le substitut du recours à la force brute, de même une procédure d'arbitrage, même si on y fait que rarement appel, pourrait constituer, pour la société, un substitut aux conflits et au chaos des services de santé de notre pays.

Les provinces et la profession médicale ont rejeté cette notion d'arbitrage ultime et de solution imposée; elles se sont installées dans une situation de conflit. La surfacturation et les frais modérateurs—notion qui a fait un chemin sans précédent cette année, depuis que l'Alberta a proposé de faire payer 20\$ par jour—et des propositions telles que la privatisation, que recommande l'Association médicale canadienne, ont gagné du terrain et finiront, sinon aujourd'hui tout au moins dans les années à venir, par ébranler dans ses fondements—à moins que la situation ne soit reprise en main—un régime considéré par tous comme le meilleur du monde.

Le ministre de la Santé, M^{me} Bégin, ne voyant sans doute plus d'autres moyens de préserver le régime, a voulu adopter les mesures exposées dans le projet de loi que votre Comité est chargé d'étudier. Je dis que je suis en faveur de son adoption, parce que je ne vois pas d'autre solution à l'heure actuelle. Je sais que je n'ai pas traité de la question de son entier, et je suis disposé à répondre à vos questions, et à me rendre aussi utile que possible. Vous pouvez donc disposer de moi.

Le président: Je vous remercie beaucoup, monsieur.

Un grand nombre de membres du Comité sont présents aujourd'hui, ce qui est sans doute dû à notre éminent visiteur.

[Texte]

fairly strictly on the time restraints to allow as many questions as possible, because we have other witnesses later in the morning. I will ask Mr. Epp to start off.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

Your honour, it is a pleasure and an honour to not only be able to put some questions to you but also to have the record so clearly identified as to the history of medicare; I want to thank you personally for that.

The question I want to come to very quickly is the recommendation you make in your 1980 report, in which primarily you concern yourself with extra billing as against user fees, because that came latterly, at least the focus of it came latterly, and in which you make the statement that extra billing has the potential to erode the system as we know it. You have reconfirmed that position today again. But you also make the statement that the medical profession must have fair compensation, and you have reconfirmed that today.

The question that I have for you, sir, is this matter of binding arbitration. Many people have argued for some period of time that there is nothing more fair than binding arbitration, because you bring in a third party who hears the combatants and eventually a decision is made. But the argument is that if people know they must go to binding arbitration, or that that is the eventual solution to a conflict, they start from positions that are unreasonable, knowing that what they will get will be a saw-off, some place in the middle.

With the present economic situation, can the provinces, or can the funding of the health care system, afford binding arbitration if those are in fact some of the conditions which now surround binding arbitration?

• 1015

Mr. Justice Hall: The word "arbitration" is a dirty word, even in some circles. If we could find a different one, some form of adjudication, we might be able to speak a little more freely. The concept of arbitration you have outlined is the one generally accepted in industrial circles.

This is a conflict between an organized and very intelligent profession, and a government agency in the various provinces which will contain men and women of real ability, judgment and fairness. It is my belief that we have in Canada the intelligence and the desire to achieve a solution to this problem. Negotiations such as have been suggested would not start from the same basis you have just outlined. They would start with a profession which wants to do the right thing and with an agency with the same motive.

Mr. Epp: Sir, I accept those principles. And yet, our recent history—for instance, the controversy between Manitoba doctors and the government in that province and the strike of nurses in Alberta—gives evidence that there is within the medical profession, if not a desire, at least a willingness to use industrial action to solve these differences. Is that not correct?

[Traduction]

Je serais donc obligé d'imposer avec sévérité les limites de temps afin de permettre le plus grand nombre de questions possible, parce que nous attendons encore d'autres témoins par la suite. Je vais donner d'abord la parole à M. Epp.

M. Epp: Je vous remercie, monsieur le président.

C'est un plaisir et un honneur non seulement de pouvoir vous poser certaines questions, mais également d'entendre une telle mise au point de l'historique du système d'assurance-santé, et je voudrais vous en remercier personnellement.

Je voudrais en arriver rapidement à ma question, à savoir la recommandation de votre rapport de 1980, par laquelle vous traitez plus particulièrement de la question de la surfacturation plutôt que des frais modérateurs, cette dernière question s'étant imposée plus récemment, et dans laquelle vous affirmez que la surfacturation risque d'ébranler les fondements du système tel que nous le connaissons. C'est ce que vous avez réaffirmé aujourd'hui tout en avançant toutefois la nécessité, pour la profession médicale, de se voir reconnaître le droit à une juste rémunération.

La question que je vais vous poser, monsieur porte sur l'arbitrage obligatoire. Beaucoup de personnes affirment, depuis bien longtemps, qu'il n'existe pas de procédure plus juste que l'arbitrage obligatoire, parce que vous introduisez une tierce partie qui a, après avoir entendu les adversaires, tranche le conflit. Associer un objet que si les parties savent qu'elles doivent avoir recours à l'arbitrage obligatoire, que c'est là la solution à un conflit, elles restent sur des positions intransigeantes, sachant bien que sera un compromis, plus ou moins à mi chemin entre leurs positions respectives.

Dans la conjoncture actuelle, les provinces sont-elles en état d'accepter l'arbitrage obligatoire pour le financement du système d'assurance-santé, si telles sont en fait certaines des conditions afférentes à l'arbitrage obligatoire?

M. le juge Hall: Le mot «arbitrage» est considéré comme offensant, même dans certains milieux. Si l'on pouvait choisir un autre terme, une manière d'adjudication, on pourrait parler un peu plus librement. Vous avez décrit un concept d'arbitrage qui est généralement accepté dans les milieux industriels.

Il s'agit d'un conflit entre des membres organisés et très intelligents d'une profession et ceux d'un organisme public dans les diverses provinces qui réunira des hommes et des femmes caractérisés par des compétences, un jugement et une impartialité évidents. J'estime que les Canadiens sont intelligents et qu'ils veulent trouver une solution à ce problème. Le genre de négociations que vous avez proposées n'auraient pas comme base celles que vous avez décrites. Elles réuniraient au départ les membres d'une profession qui veulent agir comme il le faut et ceux d'un organisme qui souhaitent la même chose.

M. Epp: Monsieur, j'accepte ces principes. Et pourtant, des événements récents, la controverse entre les médecins du Manitoba et le gouvernement de cette province et la grève des infirmières en Alberta, par exemple, nous permet de conclure que les membres des professions médicales souhaitent ou, à

[Text]

Mr. Justice Hall: That is what they have done. Now, as you know, Manitoba has come very near . . .

Mr. Epp: That is right.

Mr. Justice Hall: —to going to arbitration a year ago d&ed-1 in April or May. It came almost within a flicker of doing so. I was rather sorry that they did not because it would have given us a good example of what the intelligent people of Manitoba could have achieved and served as an example to the rest of Canada. But with this history behind us, surely we have to lift ourselves above the idea that only strikes can settle things. Arbitration, as we all know, is another word . . . I mean, a court judgment is another word for an arbitration.

Mr. Epp: Precisely.

Mr. Justice Hall: But because we have got used to calling it a judgment and so forth, we accept it and do not go out with a baseball bat after the other side if the judgment is not quite in our favour.

We have to educate ourselves if we want this program to continue. As I say, I do not see any grave danger today, with the idea of a small extra-billing, maybe \$2 or \$10—whatever it is. However, what concerns me is the concept of \$2 today, \$4 tomorrow, \$10 dollars next year, and the escalation goes on. It is something like the alcoholic when he starts to drink. It is one drink today and another one at 11.00 a.m. and another one at 2.00 p.m. The first thing you know, he has gone through the roof. That is where we go. That is what we have to recognize and stop now before we become alcoholics.

• 1020

Mr. Epp: Sir, that is putting it very dramatically. I would not know about the second example, but I want to go to another point on that. I think what this committee is wrestling with is not the philosophical arguments that you put forward or the progression that you give to us today. What I think a lot of us are wrestling with is the future and how we maintain a system of which you, among a number of Canadians, were the architect, which you put together. Obviously, the principles were correct because they stand as firmly today as when you made your initial report. When we take a look at the future, when we look at an aging population and we look at the factors of technology—there are so many other factors which I do not have to tell you about. You know them better than I do—we would ask if you have any advice for us in terms of how we maintain the system while having the financial ability to maintain a system on the principles that you espouse. What do you see down the road?

Mr. Justice Hall: I take it that if you go the privatization road, you want one result. If you adhere to the principles of the present Act, you have another situation. That costs have increased, of course, is pretty widely recognized, particularly

[Translation]

tout le moins, sont disposés à recourir à des actions revendicatives pour résoudre ces questions. C'est exact, n'est-ce pas?

M. le juge Hall: Voilà ce qu'ils ont fait. Or, comme vous le savez, le Manitoba a failli . . .

M. Epp: C'est exact.

M. le juge Hall: . . . recourir à l'arbitrage il y a un an au mois d'avril ou mai. Il était à un cheveu de le faire. C'est malheureux qu'il ne l'ait pas fait car cela nous aurait donné un bon exemple de ce que les gens intelligents du Manitoba auraient pu trouver comme solution; cela aurait pu servir d'exemple au reste du pays. Mais cela dit, il faut certainement se départir de l'idée que seules les grèves peuvent résoudre ces questions. Comme vous le savez, qui dit arbitrage dit . . . En réalité, la décision d'un tribunal équivaut à l'arbitrage.

M. Epp: Exactement.

M. le juge Hall: Mais puisque nous nous sommes habitués à ce genre de décision, nous l'acceptons et nous ne cherchons pas à assommer l'autre partie si la décision n'est pas tout à fait en notre faveur.

Nous devons nous éduquer si nous voulons poursuivre ce programme. Comme je l'ai dit, je ne crains pas de danger très grave à l'idée d'une légère surfacturation de 2 dollars, de 10 dollars ou de quoi que ce soit. Toutefois, je m'inquiète d'une escalade qui pourrait faire passer la surfacturation de 2 dollars aujourd'hui à 4 dollars demain et à 10 dollars l'an prochain. Cette progression rappelle celle de l'alcoolique qui commence à boire. Il prend un verre aujourd'hui, un autre à 11 heures et un autre à 14 heures. À très brève échéance, il dépasse les bornes. Voilà vers quoi nous nous dirigeons. Il faut reconnaître le problème et y mettre fin maintenant avant que nous ne devenions alcooliques.

M. Epp: Monsieur, vous illustrez la situation de façon très dramatique. Je ne sais que dire du deuxième exemple, mais j'aimerais revenir à une autre question. À mon avis, les membres de ce Comité n'étaient pas aux prises avec les questions philosophiques dont vous nous avez parlé aujourd'hui ni avec l'escalade que vous venez de nous illustrer. Bon nombre d'entre nous sont plutôt aux prises avec l'idée de l'avenir et de la façon dont on peut maintenir un système que vous et un certain nombre de Canadiens avez mis en oeuvre. De toute évidence, les principes de base ont bien été établis puisqu'ils ont autant de poids aujourd'hui qu'ils en avaient au moment où vous avez présenté votre premier rapport. Nous mettons l'accent sur l'avenir, la population vieillissante, certains éléments de la technologie et nombre d'autres facteurs dont je vous fais grâce. Vous les connaissez mieux que moi; nous vous demandons si vous avez des conseils à nous offrir sur la façon dont on pourrait maintenir le système tout en ayant les moyens de l'étayer par les principes que vous avez épousés. Comment envisagez-vous l'avenir?

M. le juge Hall: Si vous choisissez la privatisation, vous cherchez un résultat. Si vous respectez les principes de la loi actuelle, la situation n'est plus la même. On reconnaît généralement que les coûts ont augmenté, particulièrement

[Texte]

in the hospital field. That is where the great increase of costs has been. I think it can be said that of all patients in hospital this morning, some 20% really do not belong there. They should be in some other institution that is less expensive to operate. Another substantial number of patients in hospital this morning is there as the result of motor vehicle accidents. If we could deflate the droves of patients who go to hospital from motor accidents, we would save a lot of money. There are many aspects of living that could be improved upon and we stress that in our original report.

On this question of costs, the costs are going to increase, whether it is done on the private side or the public side, and the total will be at least the same. It cannot be any less, whether you are paying it out of this pocket or paying it out of that one. Actually, it will be more from the private sector because for every dollar that any one of us would pay for an insurance policy, not a hundred cents of course goes for service. The best in that respect is Blue Cross. Then you have the arrangements under labour agreements where there are multiple coverages, and finally, there is the great majority of private people who buy insurance.

• 1025

As far as Blue Cross is concerned—and I think you will find this in this paper—out of every dollar collected by way of a premium, about 90¢ goes for service. Under the labour contracts the amount is substantially the same, but when you come to private insurance, it comes down to about 58¢ or 59¢. The rest goes as commission to the agent for operation of the company, profit to the shareholders—all this is in the premium and only what is left goes to the service. So on this question of cost, I think we are going to have to live with it.

The Chairman: I will go to Mr. Blaikie now.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I think the way Mr. Justice Hall has been speaking of the medicare issue is important to notice, and by that I mean he is talking about our having to educate ourselves. He talks about what we have to do. What is really needed overall if medicare is to be preserved is not only the measures contained in this Bill or measures contained in any other Bill we might imagine, but a change of consciousness on the part of all Canadians and all people who participate in the health care field in one way or another as providers, as consumers or whatever. So we can, as Mr. Justice Hall suggested, lift ourselves up above and beyond the immediate self-interest of any particular group or individual and ask ourselves what might be the best for the whole system.

Having said that, I wonder if we can get a comment from Mr. Justice Hall on whether or not he thinks this Bill will do the trick. I realize no one can say for sure, but what is the likelihood in your view, sir, of this Bill's having the effect of eliminating, for instance, extra-billing?

Mr. Justice Hall: We will do it one way or another. The motive of the Bill is to do away with extra-billing and with user fees. Now, I have no doubt that, if it were enacted and

[Traduction]

dans le secteur hospitalier. C'est dans ce domaine que l'on a constaté la plus grande augmentation des coûts. On peut dire, selon moi, que parmi tous les patients d'un hôpital, à l'heure actuelle, il y en a peut-être 20 p. 100 qui n'ont pas raison de s'y trouver. Ces gens devraient être dans une autre institution dont les dépenses d'exploitation ne sont pas aussi élevées. Une autre proportion importante des patients dans les hôpitaux à l'heure actuelle s'y trouvent par suite d'accidents de la route. Si nous réussissions à diminuer le grand nombre de victimes d'accidents de la route qui reçoivent des soins dans un hôpital, nous pourrions économiser le coût. Bon nombre d'aspects de la vie peuvent être améliorés et nous le soulignons dans notre premier rapport.

Pour ce qui est des coûts, ils augmenteront, que le système soit privé ou public; au bout du compte, le total sera le même. Les coûts ne peuvent pas être moindres, quelque soit le secteur qui les finance. En fait ils seront supérieurs dans le scénario privé car on aurait beau y dépenser un dollar pour une assurance, ce ne serait pas 100 cents qui seraient affectés aux services. Le meilleur service de ce genre est assuré par la Croix bleue. Il faut également tenir compte des arrangements en vertu des conventions collectives qui prévoient des couvertures multiples, sans compter la grande majorité des simples citoyens qui souscrivent une police d'assurance.

En ce qui concerne la Croix bleue—et cela figure dans le mémoire—90 p. 100 du montant des cotisations est consacré au service. Le pourcentage est à peu près le même dans le cas des conventions collectives mais, dans l'assurance privée, il descend à 58 ou 59 p. 100. Le reste se répartit entre la commission de l'agent, les dividendes versés aux actionnaires—tout cela est couvert par la cotisation et seul ce qui reste est consacré au service. Pour ce qui est du coût, donc, il va falloir se faire une raison.

Le président: Je donne la parole à M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, il faut méditer ce que dit M. le juge Hall de l'assurance-maladie, à savoir qu'il faut changer de mentalité. Si l'on veut préserver l'assurance-maladie il ne suffira pas de ce projet de loi ni d'aucune autre mesure législative imaginable mais d'un changement de mentalité de la part de tous les Canadiens et de tous ceux qui interviennent dans le domaine de la santé sous une forme ou sous une autre, que ce soit comme prestataire de services ou comme consommateur. Il faut que nous surmontions les intérêts catégoriels pour discerner l'intérêt général.

Cela étant dit, j'aimerais savoir si M. le juge Hall pense que ce projet de loi va y contribuer. Je sais bien qu'il est difficile de donner une réponse catégorique mais quelle est la probabilité, à votre avis, que ce projet de loi parvienne à éliminer, par exemple, la surfacturation?

M. le juge Hall: On y arrivera d'une façon ou d'une autre. L'objectif du projet de loi est de supprimer la surfacturation et les frais modérateurs. Je ne doute pas que si ce texte est

[Text]

became law in the wording of the Bill today, that would stop extra-billing. It might take a little time. It took four years for all the provinces eventually to join the program. The Medical Care Act was passed in 1967, and unanimously in the House of Commons by the way, as those who are still here will remember. But it was not until 1971 that the Province of Ontario . . . that all 10 provinces were in the program.

• 1030

Now, it may take a while for all the provinces eventually to follow the lead of those provinces who do not want extra-billing, but common sense and intelligence will bring them to that conclusion, just as the goodwill, common sense and good judgment of the various provinces moved them towards the program in that four-year period.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, do you not see a problem in, for instance, the three-year waiting period, which would be unlike the period of time over which all the provinces came into medicare? I mean that in this sense: What about the provinces which want to move quickly to get rid of extra-billing and in doing so presumably alienate some doctors, and particularly, some subgroups within the doctor classification, and just on principle—the fact that they were doing away with extra-billing at all? Second, in order to accommodate or respond to some of that physician anger or whatever, some might be pressured to raise their fee schedules more than they might have otherwise. Would this not put those provinces which move quickly at a disadvantage to a neighbouring province, for instance, which decided that it could afford to wait the three-year period to see whether there was any way out of eliminating extra-billing?

Mr. Justice Hall: I wish I had a halo or something whereby I would be able to see the future, but from my experience in dealing with the medical profession in which I have great faith, my view is that the profession as a whole will not commit itself in opposition to the will of Parliament and of legislatures; that the public acceptance of no extra-billing, no user fees, will be so widespread that the medical profession, with the good judgment it has, will not put itself totally against the people of Canada.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, on a different topic altogether and with respect to a point which has been made repeatedly in this committee, but in particular, by the Canadian Nurses Association, having to do with the argument that there need to be more, or alternative, points of entry into the health care system, the nurses suggested that their services be listed in the Bill as those services which are insurable.

What do you think is possible on the part of the federal government in this Bill, or in any other Bill, as a way to enable the recommendations of the Canadian Nurses Association, in this instance, to become reality? In this case, they relate to having more points of entry into the health care system.

Mr. Justice Hall: I have seen the submission of the Canadian Nurses Association. I had that opportunity because

[Translation]

promulgué tel quel, il va mettre fin à la surfacturation. Cela prendra peut-être quelque temps mais il a fallu quatre ans pour que les provinces se décident à adopter l'assurance-maladie. La Loi sur l'assurance-maladie a été adoptée en 1967 à l'unanimité de la Chambre des communes ainsi que certains d'entre vous se souviendront. Mais ce n'est qu'en 1971 que la province de l'Ontario . . . que les 10 provinces ont adhéré au programme.

Il faudra peut-être un peu de temps pour que toutes les provinces emboîtent le pas de celles qui ne veulent pas de surfacturation, mais je crois que le bon sens et l'intelligence les inciteront dans cette direction, tout comme le bon sens et un jugement sûr avait poussé les diverses provinces à adopter le programme au cours de cette période de quatre ans.

M. Blaikie: Monsieur le président, cette période d'attente de trois ans ne vous paraît-elle pas problématique, car elle est tout à fait différente de celle pendant laquelle les provinces ont adhéré à l'assurance-maladie. Qu'arrivera-t-il aux provinces qui voudront éliminer rapidement la surfacturation, ce faisant s'aliénant probablement certains médecins, et surtout certaines catégories de médecins, seulement du fait que par principe, elles voulaient supprimer la surfacturation? En second lieu, étant donné la colère des médecins, certains se sentiront peut-être obligés de hausser leur barème de rémunération plus qu'elles ne l'auraient fait dans d'autres circonstances. Ces dernières ne seraient-elles pas désavantagées par rapport aux autres provinces moins rapides, où on attendra peut-être trois ans avant de supprimer la surfacturation?

M. le Juge Hall: J'aimerais bien être devin et pouvoir vous dire ce qui se passera à l'avenir mais fort de l'expérience que j'ai acquise dans mes nombreux contacts avec le corps médical, en qui j'ai beaucoup de foi, je suis persuadé que l'ensemble des médecins n'osera pas s'opposer à la volonté manifestée par le Parlement et les autres assemblées législatives. Étant donné que l'intention signifiée par le public de ne pas tolérer de surfacturation ni de frais modérateur sera tellement répandue, le corps médical fera preuve de bon jugement comme d'habitude et n'osera pas s'opposer totalement à la population canadienne.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aimerais passer à une question tout à fait différente, qui a fréquemment été soulevée au sein de notre Comité, particulièrement par l'Association canadienne des infirmières. Ses représentantes estiment qu'il doit y avoir davantage accès aux services de santé, elles proposent donc que leur propre service figure dans le projet de loi comme service assurable.

A votre avis, que peut faire le gouvernement fédéral pour inscrire une telle recommandation de l'Association canadienne des infirmières dans ce projet de loi ou dans tout autre projet de loi? Comment peut-il concrétiser la demande qu'il y ait davantage de points d'accès au sein du régime?

M. le Juge Hall: J'ai pu lire le mémoire de l'Association canadienne des infirmières étant donné que j'étais assis à côté

[Texte]

we were seated together on the plane from Saskatoon to Ottawa on Sunday, Dr. Glass and I, to discuss the matter. Also, in 1980 the nurses' submission was fully documented in my report. There is no doubt that the nursing profession could perform a service that is beyond what is now being done in many places, except in the Northwest Territories, where the nursing profession is really a medical profession.

• 1035

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That is right.

Mr. Justice Hall: But there are irrational situations. In almost any hospital, come 12.00 midnight the medical profession goes to bed and the nurses look after the health of the population; come 7.00 a.m., they are relegated back to some personal occupations.

Most of the submissions in the nurses' brief are totally within the constitutional sphere of the provinces, almost entirely. It is something that should be worked out between the provinces and the federal authority, because all the federal authority can do is vote money; then having voted money, it will claim the right to say how it should be expended. That is the only constitutional power the federal authority has, and that is why, I take it, this Bill is structured in the way it is.

So in trying to dream up or visualize some other way, certainly I have not been able to think of one. The federal authority is left solely with this control of where its money is going to go. With the nurses, unless the provinces would be prepared to accept what would be a great additional cost to them of making the nurses equivalent to doctors in the definition, you would have quite a problem. That is one that will have to be, I think, worked out mutually between governments.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie.

I will go to Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Thank you very much, Mr. Chairman.

As the chairman of the commission that originally presented the charter that finally led to medicare as we know it, it is most interesting that you stressed again in front of this committee the basic principles that underlie medicare. In so doing, you also indicated the bipartisan nature of the thought process that led to that. That was most interesting.

But you also are the ultimate referee, if one can say it, of medicare, since you also led a commission in the late 1970s and early 1980s that re-examined the functioning of the system. As such, you came out with two findings this morning.

[Traduction]

de ses représentantes dans l'avion qui nous transportait de Saskatoon à Ottawa dimanche dernier, le docteur Glass et moi-même. En outre, le rapport de 1980 tient pleinement compte du document des infirmières. Il est indubitable que le personnel infirmier pourrait prendre à sa charge des services bien plus nombreux que ce n'est bien souvent le cas aujourd'hui, à l'exception peut-être des Territoires du Nord-Ouest où le corps infirmier est en fait un corps médical.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): C'est exact.

M. le juge Hall: Mais il y a néanmoins des situations illogiques. Dans presque tous les hôpitaux, à minuit sonnant, le corps médical va se coucher et les infirmières prennent la relève et veillent sur la santé nationale; à 7h00 du matin, elles retrouvent leurs occupations personnelles.

La majorité des prétentions qu'on retrouve dans le mémoire des infirmières sont parfaitement alignées sur le champ de compétences des provinces, disons dans la quasi totalité des cas. C'est là quelque chose qu'il conviendrait de faire préciser par les pouvoirs provinciaux et fédéraux, dans la mesure où des pouvoirs fédéraux doivent se contenter d'une chose, de voter des crédits, après quoi ils prétendront avoir le droit d'en dicter l'utilisation. C'est le seul pouvoir constitutionnel détenu par le gouvernement fédéral et c'est la raison pour laquelle, à mes yeux, le projet de loi est structuré comme il l'est.

De là à tenter de visualiser les choses d'une autre façon, je dois vous dire que personnellement je n'ai rien trouvé. Les pouvoirs fédéraux ont simplement le contrôle de l'affectation des fonds. Dans le cas des infirmières, à moins que les provinces ne soient disposées à accepter quelque chose qui, finalement, leur coûterait beaucoup plus cher, c'est-à-dire faire des infirmières l'équivalent de médecins dans le cadre de la définition, ce serait pour vous un fameux problème. Et c'est précisément la raison pour laquelle à mon avis il faudrait que les paliers de gouvernement parviennent à s'entendre à ce sujet.

Le président: merci, monsieur Blaikie.

La parole est maintenant à M. Lachance.

M. Lachance: Merci beaucoup monsieur le président.

Vous qui fûtes président de la commission à l'origine de la charte qui allait devenir le régime d'assurance médico-hospitalière que nous connaissons actuellement, vous avez souligné, une fois de plus ici même, et la chose est d'autant plus intéressante, les principes fondamentaux du régime. Ce faisant, vous avez également relevé le caractère bipartite du raisonnement qui y avait conduit et ce fut extrêmement intéressant.

En revanche, vous êtes également l'arbitre en dernier ressort, permettez-moi l'expression, du régime étant donné que vous avez également dirigé la commission qui, à la fin des années 1970 et au début des années 1980 avait été chargé de réexaminer le fonctionnement du système et, dans cet optique, vous nous avez fait part ce matin de deux conclusions.

[Text]

First, the way I understand it is that the system is still a functioning system, if not a healthy system. On the other hand, you stressed the fact that we may not have been too successful as a society in dealing with the problem of finding a reasonable remuneration for the doctors through the political process. Your solution in your report, of course, is the concept of giving it to a third party in a binding arbitration system that could be a better way to deal with this problem.

This brings me to my questions. It has been said in some quarters that by removing from this Bill any possibility for extra-billing or balance billing we are also removing from the doctors as an association, as a group, a bargaining tool in terms of their negotiations with the provinces.

• 1040

On the other hand, the Bill recognizes again this fundamental principle at Clause 12:

... to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

...
(c) must provide for reasonable compensation for insured health services rendered by medical practitioners or dentists...

First, do you agree that by removing extra-billing entirely we also remove from the doctors a negotiating tool with their employers, if one wants to put it that way or their payee, the provinces. If that is so, do you think it is right that a tactical tool, a bargaining tool, be used over the sick? Because that is what we are talking about. If one over-bills, the one that is touched is the sick. If that is so, do you feel it is important for us first to remove that burden on the sick—because you said so—but on the other hand to bring back some balance in respect of the three players of medicare: doctors' association, the provinces as an employer and the federal government as the drafter of the framework of medicare in this country.

Mr. Justice Hall: I think it is precisely because if the right to extra-bill is to continue, the cost, its effect, is upon the patient, that procedure be eliminated. It need not affect the negotiation between the commissions and the profession. That is a great, tremendous field to be surveyed. It is a question of manpower. I have not yet found a feminine or neutral word for manpower. The entry of women into the profession, which today is almost 50% in every medical school, is going to have a tremendous effect on the profession and on the professional services; on how that goes, where those practices will take place and all that kind of thing. The question that has never really been broached seriously publicly is whether there is any way in which excellence within the profession can be recognized. These are the items that should be canvassed in an inquiry to determine what is fair and reasonable for the profession.

[Translation]

En premier lieu, si j'ai bien compris, le système fonctionne, pour ne pas dire qu'il fonctionne bien. En revanche, vous avez insisté sur le fait que notre société a peut-être trop bien réussi à régler le problème de la rémunération raisonnable des médecins en empruntant la solution politique. Dans votre rapport, la solution que vous proposez est évidemment le recours à une tierce partie dans le cadre d'un processus d'arbitrage exécutoire qui pourrait fort bien être une solution encore meilleure à notre problème.

Tout cela m'amène à vous poser deux questions. D'aucuns ont prétendu qu'en éliminant du projet de loi toute possibilité de recours à la surfacturation, nous privons par la même occasion les médecins, constitués en association ou en corps, d'un instrument de négociation dans leur tractation avec les provinces.

D'autre part, le projet de loi reconnaît une fois de plus le principe fondamental à l'article 12:

... la condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé

...
c) prévoit une rémunération raisonnable des services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes...

En premier lieu, êtes-vous d'accord sur le fait qu'en éliminant totalement la surfacturation, nous privons également les médecins d'une arme dans la négociation avec leurs employeurs, si vous me permettez l'expression, avec l'entité qui les rémunère, c'est-à-dire les provinces? Dans l'affirmative, pensez-vous qu'il soit honnête d'utiliser cette arme de négociation, cet instrument tactique, au dépens des malades? En effet, c'est bien de cela que nous parlons. S'il y a une surfacturation, c'est le malade qui est touché. Et si c'est effectivement le cas, pensez-vous qu'il soit important pour nous en premier lieu de décharger le malade de ce fardeau—c'est cela que vous avez dit—mais d'autre part de rétablir un certain équilibre entre les protagonistes: l'Association des médecins, les provinces qui sont l'employeur et le gouvernement fédéral qui est à l'origine de la structure du Régime d'assurance-médico-hospitalière dans notre pays.

M. le juge Hall: Je dirais que c'est précisément parce que c'est le malade qui va faire les frais du maintien de la surfacturation qu'il faut éliminer cette pratique. Cela ne doit toutefois avoir aucune incidence sur les négociations entre les commissions et le corps médical. Il s'agit en l'occurrence d'un domaine très vaste qui devrait être mieux étudié. Il s'agit d'une question d'effectifs, sans distinction de sexe. L'accès des femmes à la profession médicale, puisqu'à l'heure actuelle il y a près de 50 p. 100 de femmes dans toutes les facultés de médecine, va avoir une incidence considérable sur le corps médical et sur les services professionnels, sur la façon dont les choses vont évoluer, sur la distribution géographique des services, et j'en passe. En réalité, la question qui n'a jamais vraiment été abordée sérieusement en public est celle de savoir s'il existe une méthode permettant de récompenser, dans l'exercice de la médecine, l'excellence. Voilà donc ce qui devrait faire l'objet

[Texte]

Mr. Lachance: Were you finished with that?

Mr. Justice Hall: Yes.

Mr. Lachance: In your mind then, there is a direct and absolute connection between the practice of extra-billing and the problem of finding a reasonable, which is the word used in the Bill—you use the words >>fair and equitable”—remuneration for the rendering of services. I would like you to comment on those words, whether you see a difference in them.

Mr. Justice Hall: I use them synonymously.

Mr. Lachance: In your mind that problem of finding a reasonable remuneration for practitioners has not really been tackled or addressed institutionally in a reasonable way yet, and this is why you are proposing the concept of binding arbitration. Am I right in that connection?

Mr. Justice Hall: Yes. It is because we have not, and neither has the profession nor have the provincial commissions, ever studied that subject seriously, and they must do it.

• 1045

Mr. Lachance: Over and above the fact that you are the great specialist of medicare, you also have a legal background. We have a dilemma, and I would like you maybe to give us some advice. We have a dilemma.

Mr. Justice Hall: Good advice.

Mr. Lachance: You can give us a lot of advice, I am sure of that.

We have a dilemma. Because of the division of powers that you yourself brought to our attention, and that we are very acutely aware of, imposing a system by which the provinces will deal with their medical associations would at first sight seem to be outside the purview of our powers, under the spending powers as they are used in this case—at first sight—because they will seem to be imposing conditions on the delivery of those services, because remuneration is part of the delivery of the services. How do you suggest, if as a government, as a Parliament, we feel that conception should be incorporated into the system, that should be done? Could it be done through a Bill, or should it be done through political prompting, either conferences or other political machineries, to try to induce both the profession and the provinces . . . both seem to be reluctant—to look for alternative ways to negotiate this very basic, important component of the medicare package?

Mr. Justice Hall: I regard the continuance of the conflict as damaging. What this Bill does is to that extent put an end to

[Traduction]

d'une enquête qui permettrait de déterminer ce qui est juste et raisonnable pour le corps médical.

M. Lachance: Aviez-vous terminé?

M. le juge Hall: Oui.

M. Lachance: Dans ce cas, à votre avis, il y a une correspondance directe et absolue entre cette pratique de la surfacturation et le problème qui consiste à établir une rémunération raisonnable, comme le dit le projet de loi—et je relève que vous parlez d'une rémunération juste et équitable—à l'endroit des services rendus. J'aimerais avoir votre opinion sur cette différence de terminologie, si différence il y a.

M. le juge Hall: Pour moi, les termes sont synonymes.

M. Lachance: À votre avis, le problème qui consiste à calculer une rémunération raisonnable pour les médecins n'a pas encore été véritablement abordé d'une façon raisonnable elle aussi au niveau des institutions, et c'est la raison pour laquelle vous proposez la notion de l'arbitrage exécutoire. Est-ce que je me trompe?

M. le juge Hall: Pas du tout. C'est précisément parce que nous n'avons jamais étudié, pas plus d'ailleurs que le corps médical ou les commissions provinciales, ce domaine avec suffisamment de sérieux, et c'est cela qu'il faut faire.

M. Lachance: Outre le fait que vous êtes le grand spécialiste de l'assurance-médico-hospitalière, vous avez également une formation juridique. Un dilemme se pose à nous et j'aimerais beaucoup avoir vos conseils. Nous avons effectivement un dilemme.

M. le juge Hall: Un bon conseil.

M. Lachance: Je ne doute pas que vous soyez en mesure de nous conseiller très utilement.

Nous avons donc un dilemme. Étant donné la division des pouvoirs que vous nous avez vous-même signalée, et dont nous sommes d'ailleurs parfaitement conscients, l'imposition d'un système permettant aux provinces de traiter avec leurs corps médicaux respectifs pourrait à première vue sembler hors de notre propos et échapper à notre mandat, en vertu des pouvoirs de dépenses tels qu'ils sont utilisés dans le cas qui nous occupe—mais à première vue seulement—parce que cela semblerait imposer certaines conditions à la prestation de ces services, dans la mesure où la rémunération en est partie intégrante. Comment devons-nous selon vous procéder si nous avons le sentiment, et j'entends par là le gouvernement, le Parlement, que cette notion devrait faire partie du système? Devrions-nous procéder par voie législative ou plutôt par la voie politique, à l'occasion de conférences ou d'autres dispositifs à caractère politique, de manière à pousser le corps médical et les provinces—les deux semblant d'ailleurs fort hésitants—à se demander s'il n'existerait pas un autre moyen de négocier cet élément extrêmement important et tout à fait fondamental de la structure d'ensemble de l'assurance-médico-hospitalière?

M. le juge Hall: À mes yeux, la persistance du différend est nuisible. À cet égard, le projet de loi met effectivement un

[Text]

that conflict on those two questions of extra-billing and user fees. There has been no evidence on either part of a desire or even of a basic understanding anywhere of really negotiating those two items. As long as they are available to the medical profession, they will be resorted to and will dominate the discussions and controversies. It will not be until we push them aside that the other vital problems will be discussed.

The Chairman: Thank you, Mr. Lachance.

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

Justice Hall, I am delighted to see you again.

I would direct your attention to a statement you made in your report of 1980, when you said:

Finally, may I say I do not believe that a viable program can be expected, or is even possible, based on the assumption that Ottawa can unilaterally withhold funds from a given province which Ottawa thinks is in some kind of default.

I would like to ask you whether you are still of that same point of view, or whether that was written at a time when the amount that could be withheld from a province was the total amount—it had to be that or nothing—and this Bill by changing the withholding method has addressed the concern you had in mind at that point.

Mr. Justice Hall: I think that is so. You are dealing there with totalities. But even there, as in some other judicial judgments, I may not have been entirely correct.

• 1050

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): We will not ask you to reopen all those.

Mr. Justice Hall: No. I know the statement is here. I think we were talking about other matters, because we went on to talk about the question of how the funds would be made available, whether we would go back to cost sharing or this business that came up in 1977, and particularly whether further commitments in money would be needed to have a program in the Atlantic provinces equal with the rest of Canada—all these things were part of what we were talking about at that time... and saying that the withdrawal of a mass amount, just withdrawing it from the system, leaving the Provinces of Ontario or Saskatchewan on their own, would not be countenanced by the public of Canada. It would be a totally unacceptable thing to do, even though they might have had the right, it would have meant a change in the whole concept of the legislation of 1967.

But I do not question the constitutionality of the provision in the Bill today. Nobody asked me for my opinion on it anyway, but that had to be my conclusion, that it was the only method available to achieve what the Minister had in mind.

[Translation]

terme au différend pour ce qui est de la surfacturation et des frais modérateurs. Aucune des deux factions n'a jusqu'à présent manifesté le désir, et à plus forte raison la simple volonté, de négocier ces deux éléments. Tant que le corps médical pourra y avoir recours, il y aura recours et tout le débat va continuer à être dominé par ces éléments controversés. Aussi longtemps que nous n'aurons pas réussi à les balayer de notre chemin, les autres problèmes fondamentaux ne seront jamais abordés.

Le président: Je vous remercie, monsieur Lachance.

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci monsieur le président.

Monsieur le juge, je suis absolument ravie de vous revoir.

J'aimerais attirer votre attention sur quelque chose que vous disiez dans votre rapport de 1980, en l'occurrence ceci:

M'est-il enfin permis de dire que je ne crois pas qu'on puisse s'attendre à ce qu'un projet soit viable ni même qu'on puisse le mettre en route, si on se fonde sur l'hypothèse qu'Ottawa peut unilatéralement décider de retenir des fonds d'une province donnée, tout simplement parce qu'Ottawa juge qu'elle est en défaut.

J'aimerais vous demander si vous êtes encore du même avis ou si, à l'époque de ce texte, le montant pouvant être refusé à une province était le montant total—tout ou rien—et si le projet de loi, en changeant les modalités de refus ou de retrait, a dissipé les doutes que vous aviez ainsi formulées.

M. le juge Hall: Je pense que c'est effectivement cela. On parle ici de sommes totales. Mais même dans ce cas, comme dans le cas d'autres jugements judiciaires, je n'ai peut-être pas eu entièrement raison.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Nous n'allons pas vous demander de réexaminer toutes ces questions.

M. le juge Hall: Non. Je sais que la déclaration se retrouve dans le rapport. Je pense qu'il s'agissait d'autres questions, car plus loin nous avons parlé de la façon dont on fournirait les fonds, c'est-à-dire si l'on reviendrait au régime de partage des coûts, ou le régime qui a été présenté en 1977. Il s'agissait surtout de savoir s'il serait nécessaire d'engager davantage de fonds pour mettre sur pied dans les provinces Atlantiques un programme égal à celui qui existait dans le reste du Canada. Voilà certaines des questions dont nous parlions à l'époque. Nous avons dit que le retrait d'une somme forfaitaire, et le fait de laisser l'Ontario ou la Saskatchewan se débrouiller toutes seules ne serait pas accepté par la population canadienne. Ce serait tout à fait inacceptable, même si ces provinces-là avaient peut-être le droit de le faire, il aurait fallu modifier toute la notion de la loi adoptée en 1967.

Pourtant je ne remets pas en cause la constitutionnalité de la disposition du projet de loi qui est devant vous. Personne ne m'a demandé mon avis là-dessus de toute façon, mais c'est là

[Texte]

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Justice Hall.

I want to go to another area now, which follows along from some of the previous questioning that has been done, and state a concern that I have. I know we all say we have the best health care system in the world, and so on and so forth. I am concerned about the growing number of people who really are outside that system in Canada. I know it is open to them, but there are great groups of people who are not taking advantage of it, or who do not know how to go about it, and so on. I am thinking of people who have come here from other countries in recent years; I am thinking of those who are in the drug culture and have almost dropped out of society; there are even great numbers of the native people, who simply are not the people who will come forward to take advantage of the institutionalized set-up we have, whether it is through the medical profession, or through hospital care, or whatever.

Looking at the future, seeing that number being augmented and knowing there is a possibility that, because they do not take advantage of what is there, they could more easily become ill and we would end up with a greater and greater number of people who have eventually to seek acute hospital care, what I want to know is, how do we now move the system forward beyond what we have to go out to those groups beforehand and begin a preventive health care system that is not in place at the present time? I know you have talked about the jurisdictional division and the responsibility of the provinces in delivering health care. But is there any way that we can come back at the federal level and say this is the next phase? What you did and recommended in the 1960s now has to have another element, another dimension to it. Can you see the federal Parliament taking some kind of initiative in that way to push health care, if I may say, out onto the street corners or into the street clinics, the community-based operations, in a way it is not operating at the present time?

• 1055

Mr. Justice Hall: So far as the native population is concerned, particularly in the Northwest Territories, that is a federal responsibility and therefore the federal government is free to do whatever it may want to do, find it expedient to do, and which it should do, as a humanitarian matter.

The provision of personnel, men and women, in the medical and nursing profession for the territories is something the federal government can initiate and do as it wishes. Of course, it would have to have the co-operation of the educational institutions and the pupils.

On another aspect of improving the accessibility. As I read this Bill, it now seems to provide that all must be covered. It undertakes that the federal authority will pay—however the agreement is arrived at, a matter of division of costs—for the entire operation of the provincial scheme to cover everybody in the province. So that if there is anybody not taken care of, in a sense—and we do not say that in too critical a way—it is the responsibility of the province.

[Traduction]

ma conclusion, c'est-à-dire que c'était la seule méthode disponible pour permettre au ministre d'atteindre son objectif.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le juge Hall.

Je veux maintenant passer à un autre domaine, qui fait suite aux questions qui ont déjà été posées. Je sais que nous disons tous que nous avons le meilleur régime de soins de santé qui existe au monde. Ce qui me préoccupe c'est qu'il y a de plus en plus de personnes au Canada qui se retrouvent à l'extérieur du régime. Je sais qu'elles ont le droit de s'en prévaloir, mais elles ne savent pas trop comment s'y prendre. Je pense aux immigrants qui sont arrivés au Canada depuis quelques années; je pense aux personnes qui font partie de la culture des drogues et qui vivent en marge de la société; je pense également aux autochtones, qui ne sont pas tout simplement des gens qui profitent de nos régimes et de nos institutions, qu'il s'agisse de médecins ou d'hôpitaux.

Je pense qu'il va y avoir de plus en plus de personnes dans ce groupe à l'avenir. Puisqu'ils n'utilisent pas les services qui existent, ils risquent de devenir malades plus facilement, et il pourrait donc y avoir de plus en plus de personnes qui auront besoin de soins actifs dans un hôpital. Je veux savoir comment atteindre ce groupe de la population et lancer un régime préventif de soins de santé. Je sais que vous avez parlé de la répartition des compétences et de la responsabilité des provinces dans la prestation des soins de la santé. Est-ce qu'il y a quelque chose que le gouvernement fédéral peut faire pour lancer cette nouvelle étape? Les recommandations que vous avez faites dans les années 60 doivent maintenant comporter une autre dimension. À votre avis, le gouvernement fédéral peut-il prendre des mesures pour offrir des services de santé dans les cliniques communautaires?

M. le juge Hall: Pour ce qui est des autochtones, surtout dans les Territoires du Nord-Ouest, il s'agit d'une responsabilité fédérale, et donc le gouvernement fédéral peut faire ce qu'il juge bon de faire dans l'intérêt de la population.

Le gouvernement fédéral peut faire ce qu'il veut pour ce qui est des médecins et des infirmières dans les territoires. Il faut qu'il ait, bien entendu, la collaboration des institutions d'enseignement et des élèves.

Je passe maintenant à un autre aspect de l'amélioration de l'accessibilité. D'après le projet de loi, il semble prévoir que tout le monde doit faire partie d'un régime d'assurance médicale. Le projet de loi prévoit que le gouvernement fédéral paiera, quelle que soit l'entente quant à la répartition des coûts—tous les coûts afférents au fonctionnement du régime provincial pour assurer tous les résidents de la province. Donc s'il y a quelqu'un qui ne fait pas partie d'un régime—dans une

[Text]

Now the federal authority could, I think, if it so wished, encourage the provinces and sort of enveigle them maybe into action by saying there is this amount of money available to you to do this or that, just as we do in post-secondary education. The federal authority's approval... Its function is only to provide money and it can encourage the provinces to branch out into various fields by saying: If you do this, here is the money for it, here is some of the money for it, most of the money for it, whatever you like.

The Chairman: One short question, Flora.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Let me ask one short question, particularly about what I think is a really ludicrous situation in Canada, where we have a certain standard north of the 60th parallel and other standards south of the 60th parallel.

North of the 60th parallel, midwifery is practised by nurses. South of the 60th parallel, it is illegal. This is a hypothetical situation, but suppose tomorrow the Northwest Territories should become a province or a series of provinces, I suppose all of those people now practising midwifery would be declared to be performing an illegal act.

Mr. Justice Hall: I do not think so. If an area becomes a province, it will have a constitution and it will be able to make its own laws in that regard.

• 1100

You may be interested in this. Going from one end of Canada to the other, and including the territories, the only area in Canada I did not get any complaints from was the Northwest Territories. It is rather strange. The rendering of service there is a very difficult thing. The Province of Manitoba has had a program under which personnel from the medical school rotate periodically up to the 60th parallel.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Including Queen's University.

Mr. Justice Hall: And maybe beyond. That has been quite successful. They are actually expanding it to prepare natives, either Indian or Inuit, so they can obtain admission to medical school in Manitoba.

But it has to be recognized that it is the province that must get the program going. The federal government can do a great deal by contributing to its cost; and I am sure if they do there would be no opposition. It is just a straight case of here is \$10; go and spend it as you like.

The Chairman: Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

Justice Hall, you mentioned earlier that one of the greatest increases in the cost of health care is hospital care and in fact probably about 20% of the beds in active-treatment hospitals are occupied by people who should not be there. I am wonder-

[Translation]

certain mesure—et nous ne faisons pas ce commentaire de façon critique—il s'agit d'une responsabilité provinciale.

J'estime que le gouvernement fédéral pourrait, s'il voulait, encourager et même amener les provinces à prendre des mesures en leur disant qu'ils pourraient recevoir certaines sommes pour faire telle ou telle chose, tout comme on fait dans le cas de l'enseignement post-secondaire. Le gouvernement fédéral peut encourager les provinces à prendre des mesures dans différents domaines en leur donnant des stimulants financiers.

Le président: Une brève question, Flora.

Mme MacDonald (Kingston et les Îles): J'ai une brève question au sujet de la situation tout à fait aberrante qui existe au Canada, selon laquelle il y a une certaine norme au nord du 60ème parallèle et une autre norme au sud du 60^{ème} parallèle.

Au nord du 60ème parallèle, les infirmières exercent l'obstétrique. Au sud du 60ème parallèle, cette pratique est illégale. Si par exemple les Territoires du Nord-Ouest devaient devenir une ou plusieurs provinces demain, je suppose que toutes ces infirmières qui exercent la profession de sage-femme seraient considérées comme ayant commis un acte illégal.

M. le juge Hall: Je ne le pense pas. Si un territoire devient une province, il aura une constitution et aura le droit d'adopter ses propres lois sur ce genre de question.

Cela vous intéressera peut-être. Pour avoir parcouru le pays dans son entier, y compris les Territoires, la seule région canadienne qui n'a pas formulé de plainte était précisément les Territoires du Nord-Ouest. C'est plutôt étrange. La prestation des services dans les Territoires est très difficile. La province du Manitoba a un programme semblable en vertu duquel le personnel des écoles médical doit se rendre périodiquement jusqu'au 60^e parallèle.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Y compris l'Université Queen's.

M. le Juge Hall: Et peut-être plus loin. Ce programme a donné de bons résultats. En fait, ils en ont même étendu la portée de façon à préparer les autochtones, Indiens ou Inuit, à entrer dans les écoles de médecine manitobaines.

Il faut cependant reconnaître qu'il revient à la province d'instaurer le programme. Le gouvernement fédéral peut faire beaucoup en contribuant aux coûts, dans ce cas, il n'y aurait certainement pas d'opposition. Il s'agit tout simplement de dire voici dix dollars, vous pouvez les dépenser comme vous l'entendez.

Le président: Monsieur Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président.

Monsieur le Juge Hall, vous avez dit plus tôt que les soins hospitaliers constituent le facteur d'augmentation le plus fort dans les coûts des soins de santé; vous avez également dit qu'il y a probablement 20 p. 100 des lits dans les hôpitaux de soins

[Texte]

ing if you could identify for the committee what you see as a major obstacle to dealing with this problem, not only of increased costs but of people being forced to be in institutional care where more appropriate home care or other kinds of care would be better in terms of humanitarian service as well as economic cost.

Mr. Justice Hall: It is just that—we lack the alternative care. When we see these people should not be in hospital, they are in hospital because there is nowhere else for them to go today.

Mr. Lang: My point was, what is the obstacle for the funding for the alternative sources of care? The provinces are saying they do not have the money to lay out the capital cost for home care programs and for nursing homes, etc. The federal government is saying the system is funded. What I am asking you to do is to behave as a judge or an arbitrator and say who is passing the buck and what is the major obstacle to these alternate sources of care.

Mr. Justice Hall: I think we all have to agree that it must be financing and planning . . . long-term planning. We cannot solve it overnight.

Just how did you put it? I have lost it for the moment. Would you mind repeating it?

Mr. Lang: I wanted your assessment of the major obstacle to the development of alternate sources of care for the 20% of hospital beds that are occupied by people who could be better served in other ways. I made the point that the provinces are suggesting they cannot do it because the federal government is not giving them the money, and the federal government says this is a provincial responsibility, we do not have the constitutional authority to act and the provinces do have the money. I am asking for your assessment as to who is right, or how we can best get over this obstacle.

• 1105

Mr. Justice Hall: Personally, I do not know who has the money and who does not have it. Everybody is saying they do not have enough money to do this or that. Because of this, in a sense, buck-passing, that is where we have arrived.

There is just one statement there when you say "better". I do not think it is the word "better". It would be "adequate", I would say. Probably the best care you can get is in the hospitals. You could go some place else if you can get the good care that you are required to have . . . is what can be expected.

Mr. Lang: I am talking about those people who do not require active hospital treatment.

Mr. Justice Hall: Until we make provision for alternate accommodation, they are going to stay there; and the alternate accommodation is going to be required because some people grow old, do not know enough to stop before they get where

[Traduction]

actifs qui sont occupés par des gens qui n'ont pas à être soignés de cette façon. Pourriez-vous dire au Comité ce qui, à votre avis, constitue le principal obstacle au règlement de ce problème qui ne fait pas qu'augmenter les coûts mais qui force également des gens à être hospitalisés alors que des soins à domicile ou autres conviendraient mieux, tant du point de vue humain qu'économique.

M. le Juge Hall: C'est précisément cela: Nous n'offrons pas d'autres types de soins. Ces personnes qui sont hospitalisées à tort, elles le sont parce qu'elles ne peuvent aller nulle part ailleurs.

M. Lang: Je voulais savoir ce qui empêche de financer ces autres types de soins. Les provinces disent ne pas avoir l'argent nécessaire pour mettre sur pied des programmes de soins à domicile et construire des foyers nourriciers. Le gouvernement fédéral prétend que le réseau est financé. Je vous demande donc de servir de juge ou d'arbitre pour nous dire qui se défile et qu'est-ce qui empêche la mise en place de ces autres types de soins?

M. le Juge Hall: Nous devons reconnaître qu'il s'agit là d'un problème de financement et de planification . . . de planification à long terme. Ce problème, nous ne pouvons pas le résoudre du jour au lendemain.

Comment disiez-vous? J'ai oublié. Pourriez-vous répéter votre question?

M. Lang: Je voudrais savoir ce qui à votre avis, constitue le principal obstacle à la mise en place d'autres types de soins qui seraient mieux adaptés à ces 20 p. 100 de personnes hospitalisées qui n'ont pas à être soignées dans un hôpital. J'ai dit que les provinces prétendent ne pas pouvoir le faire parce que le gouvernement ne leur donne pas l'argent et le gouvernement fédéral dit de son côté qu'il s'agit d'une responsabilité des provinces; le gouvernement fédéral dit ne pas avoir le pouvoir constitutionnel pour agir et que les provinces ont l'argent. Qui, selon vous, a raison? Comment pouvons-nous franchir cet obstacle?

M. le juge Hall: Personnellement, je ne sais pas qui a l'argent et qui n'en a pas. Tous les gouvernements prétendent ne pas avoir suffisamment d'argent pour tout faire. Nous en sommes rendus là où nous sommes parce que les gouvernements justement se défilent.

Vous avez parlé de meilleurs soins. Je ne crois pas qu'il faille souhaiter de meilleurs soins, il faudrait plutôt parler de soins adéquats. Les hôpitaux sont probablement les mieux placés pour offrir les meilleurs soins. Cependant, d'autres types d'institutions pourraient offrir les bons soins nécessaires et c'est ce qu'il faut viser.

M. Lang: Je fais allusion à ces gens qui n'ont pas à être traités dans un hôpital de soins actifs.

M. le juge Hall: Ces gens resteront dans ces hôpitaux tant que nous n'offrons pas d'autres types d'institutions; ces autres types d'institutions seront nécessaires à cause du vieillissement de la population, parce que certaines personnes ne savent pas

[Text]

they need a hospital or something. That is going to increase for the next 10 years probably. The idea that the percentage of old-age people—that is, people over 65—is going to rise continuously is not correct. About 10 or 12 years from now it will level off because our population is not increasing. As far as domestic population is concerned, we are actually losing today, and if we did not have the immigration that is coming into Canada today we would not have made that 25,000,001 this year.

The Chairman: Thank you.

Mr. Lang: I just wanted one point of clarification.

The Chairman: Sure.

Mr. Lang: Mr. Justice Hall, did I understand you to say earlier that because we were going to remove extra-billing and user fees at the same time binding arbitration should be incorporated into the Bill?

Mr. Justice Hall: No.

Mr. Lang: Thank you.

Mr. Justice Hall: I was saying that binding arbitration has to come about through agreement but not through legislation . . .

Mr. Lang: Thank you.

Mr. Justice Hall: —through the common sense of the people.

The Chairman: Thank you.

I will go to Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I certainly want to welcome Justice Hall here, and it is too bad we cannot have longer with a witness as capable and as knowledgeable as he is.

I just want to pick up on Mr. Lang's last point of clarification because I am confused by Justice Hall's answer to that. On page 28 of your 1980 report, Justice Hall, you said in speaking of these two elements of extra-billing and arbitration:

These two elements must always co-exist; there cannot be recognition of one without recognition of the other.

This is the second paragraph on the top of the page.

Separation for any reason will distort and render invalid any argument or publicity relating to what I am now purposing.

I take it, Mr. Chairman, that Justice Hall was proposing that extra-billing should be banned, among other things, and yet I read that to say that that is invalid unless along with it is the concept of compulsory arbitration. So perhaps Justice Hall might just clarify what he meant in that small paragraph, or, if indeed there is a change in his thinking, maybe update us in what that change might be.

Mr. Justice Hall: No. You have to read that with the preceding paragraph where I say that consideration and discussion of the question of outlawing extra-billing, however resorted to, must always be accompanied by a recognition of

[Translation]

s'arrêter avant d'être malades au point de nécessiter une hospitalisation. Le cas sera de plus en plus fréquent pendant les dix prochaines années. On dit que le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans augmentera sans arrêt; ce n'est pas vrai. Dans dix ou douze ans, ce pourcentage atteindra un certain palier parce que la population n'augmente pas. Pour ce qui est des gens nés au Canada, il y en a de moins en moins; si ce n'était de l'immigration actuelle, on n'aurait pas recensé 25,000,001 personnes cette année au Canada.

Le président: Merci.

M. Lang: J'aimerais obtenir une dernière explication.

Le président: Faites.

M. Lang: Monsieur le juge Hall, avez-vous dit plus tôt qu'étant donné que nous interdirons la surfacturation et les frais modérateurs il faudrait parallèlement inclure dans le projet de loi l'arbitrage obligatoire?

M. le juge Hall: Non.

M. Lang: Merci.

M. le juge Hall: Je disais que l'arbitrage obligatoire doit faire l'objet d'une entente et ne pas être imposé par la loi.

M. Lang: Merci.

M. le juge Hall: . . . les intervenants doivent reconnaître le bien-fondé de l'arbitrage obligatoire.

Le président: Merci.

Je donne maintenant la parole à M. Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je tiens à souhaiter la bienvenue au juge Hall et je déplore grandement le manque de temps que nous avons pour discuter avec un témoin aussi compétent que le juge.

J'aimerais revenir sur l'explication qu'a demandée M. Lang car j'avoue mal comprendre la réponse du juge Hall. À la page 28 de votre rapport de 1980, monsieur le juge, vous dites au sujet de la surfacturation et de l'arbitrage:

La coexistence de ces deux éléments est essentielle; on ne peut pas accepter l'un sans l'autre; . . .

Il s'agit du quatrième paragraphe en partant du haut.

. . . leur séparation pour quelle que raison que ce soit déformera et annulera la signification de toute discussion et de toute déclaration publique relative à ce que je propose maintenant.

J'en conclus, monsieur le président, que l'honorable juge Hall envisage l'interdiction de la surfacturation entre autres choses et pourtant je lis que cette interdiction est impossible à moins qu'on ne l'assortisse de l'arbitrage obligatoire. M. le juge Hall pourrait peut-être nous expliquer ce petit paragraphe ou nous dire s'il a changé d'avis depuis.

M. le juge Hall: Non. Il faut remettre cela dans son contexte et lire le paragraphe qui précède qui dit que toute étude et discussion sur la possibilité de déclarer illégale la surfacturation sous toutes ses formes doivent inclure l'acceptation du

[Texte]

the physicians' right to adequate compensation and vice versa. A solution of the problem concerning the right to adequate compensation must be accompanied by a recognition of extra-billing. These are the two elements that must always co-exist.

• 1110

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I understand that. But the question Dr. Lang was asking—and I am on the same one—really is that this Bill does not address the concept of adequate remuneration for physicians. Those are the words you used: “adequate remuneration”. It does not address that at all. I am wondering how you can accept the banning of extra-billing which is in Bill C-3; yet it is entirely silent on the question of how to provide for adequate compensation.

Mr. Justice Hall: In the document, if you keep on reading, I say that must be arrived at by mutual agreement, by an in-depth study of all the circumstances, having in mind that, if you—for want of a better word—tamper with one concept, you must apply yourself to the second, even though the federal authority has no jurisdiction to say to the commission and so forth: Do not be bad boys; get out there and agree on something; work the thing out.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, if I may just pick up on another comment Mr. Justice Hall made earlier and which Dr. Lang also touched on, about the increasing costs of health care—but particularly as it relates to hospital services—being the big culprit, if I can use that word, as we see technology progressing as rapidly as it is, it is obvious that this is going to be an ever-increasing problem. The potential for health care costs becoming proportionately higher than so many other costs in society is great, in my view. In other words, there is going to be a need for greater funding in the health care system proportionate to other needs in society. If that is an acceptable comment, I wonder if I could get Justice Hall to give us his views on the risks we are now beginning to see of rationing our health care.

The most recent example brought to my attention is in Montreal, where the Quebec government is now seeing fit to say that certain hip prostheses are no longer available under their plan. In other words, a better but more expensive one is not going to be covered by that Quebec plan; but if the patient is willing to pay for it himself, the orthopaedic surgeon will provide it for him.

To me, that is the beginning of problems which I do not think you would want to countenance, but I see it getting worse with the increasing costs coming from technology of all sorts. We are going to see this sort of rationing instituted more and more.

In view of the need to have the same opportunities for all Canadians in Canada, I am wondering whether you would countenance, for instance, yourself going down to the Mayo Clinic from Saskatoon, where you could be provided with the kind of care you thought you needed, which would no longer be available in Canada. Would that be an acceptable thing for Canadians to do or not?

[Traduction]

droit du médecin à une rémunération adéquate et vice-versa. L'on ne peut pas résoudre le problème du droit à une rémunération adéquate sans accepter le principe que la pratique de la surfacturation n'est pas permise. Ce sont ces deux éléments qui doivent coexister.

M. Halliday: Je comprends cela, monsieur le président. Mais M. Lang demandait et je poursuis dans la même veine, si ce projet de loi prévoit une rémunération adéquate des médecins. C'est bien ce dont vous parlez: «une rémunération adéquate». Le projet de loi ne le fait pas. Je me demande comment vous pouvez accepter l'interdiction de la surfacturation prévue au projet de loi C-3 qui ne prévoit aucunement une rémunération adéquate.

M. le juge Hall: Dans le rapport, si vous le lisez plus loin, je dis que cela doit être possible par entente mutuelle, par une étude sérieuse de toutes les circonstances étant donné que si on s'attaque à un élément, il faut respecter le second même si le gouvernement fédéral ne peut aucunement dire à la Commission d'être gentil et de s'entendre.

M. Halliday: Monsieur le président, j'aimerais revenir sur un autre point qu'a soulevé le juge Hall plus tôt, suite à une question de M. Lang; il s'agit de l'augmentation des coûts des soins de santé. Les services hospitaliers semblent être les grands coupables, si je peux m'exprimer ainsi, la technologie avance à pas de géant et il est bien évident que ce problème prendra de plus en plus d'ampleur. À mon avis, il est fort possible que les coûts de santé deviennent proportionnellement beaucoup plus élevés que tous les autres coûts de la vie. Autrement dit, il faudra financer plus massivement les réseaux de services de santé par rapport aux autres besoins de la société. Si cette logique est acceptable, j'aimerais que le juge Hall nous donne son avis sur les risques de rationnement des services de santé que nous voyons poindre à l'horizon.

L'exemple le plus récent qui m'a été présenté vient de Montréal où le gouvernement fédéral a jugé bon de ne pas inclure certaines prothèses de la hanche dans son régime. Autrement dit, une prothèse de meilleure qualité qui coûterait plus cher ne sera pas remboursée par le régime québécois; si le patient est prêt à l'acheter lui-même, l'orthopédiste l'installera.

À mon sens, cela ouvre la porte à une série de problèmes qu'il faut dénoncer, la tendance ne pourra que s'accroître compte tenu de l'augmentation des coûts imputables aux progrès technologiques. Ce genre de rationnement sera de plus en plus fréquent.

Nous reconnaissons que tous les Canadiens doivent avoir les mêmes chances; je me demande si vous par exemple iriez à la Clinique Mayo qui serait capable de vous fournir les soins nécessaires, soins qui ne seraient plus disponibles au Canada. Serait-ce là une façon acceptable de procéder pour les Canadiens?

[Text]

Mr. Justice Hall: I want to come back to your premise that health care is going to be taking an inordinate proportion of GNP. That is pretty well what you said.

Mr. Halliday: That is right.

Mr. Justice Hall: We are now at about 8%. In 1964, 1965, about 1967, we were at about 5%. We have gone up. Of course, the GNP has risen greatly at the same time, but it has flattened out and the costs have caught up. That is how we are at the . . . Let us have a rise in GNP, as is expected, and the proportionate costs will go down, unless we are going to have a recession in perpetuity.

The Chairman: I will go to Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: Your Honour, we are delighted to have you with us today. I do not think the committee realizes you are not only the father of medicare, but you are the father of a very outstanding orthopaedic surgeon of international reputation, with whom I had the privilege of working . . .

Mr. Justice Hall: That is what I was going to say. I would go to Boston and not to Mayo.

• 1115

Mr. Hudecki: So you are sensitized to the problems of the medical profession and particularly the quality of care in this community. You alluded to the fact that excellence of care is one of the weaknesses of the system. My own feeling has been that the remuneration of specialists, taking into consideration their specialty, their experience, their skill and their contribution to the science, is not taken into account. This should be done by the peer groups within the medical system itself, and they should then go ahead and negotiate with the provincial agencies.

Now, the problem there is twofold. It is very difficult to know how the provincial funds are allocated to medicine. So much of the money goes into a general taxation fund, it is difficult for doctors to know how much of that money has been earmarked for medical purposes. It seems every time you turn to that assessment and try to get a figure along that line, they refer you to your report. There are very few reports available, so when it comes time to negotiate with the provinces, the figures are just not there and the public is not aware of how much money is being spent for that.

The other thing is the point that you brought out, provinces have jurisdiction through their Cabinet and so on of making an agreement and then backing up on it, and this worries the medical profession. The medical profession then feels mistrust that that arrangement will work. I think the only question I have is this: What can we do to improve the excellence of the medical profession and are the questions I brought forward valid?

Mr. Justice Hall: I do not know how the budgets in the various provinces are structured in that way. Certainly the amount available for the program should be known. Whether that is possible or not, I do not know. I happen to be concerned

[Translation]

M. le juge Hall: J'aimerais revenir à votre prémisse où vous dites que les soins de santé accapareront une proportion très grande du P.N.B. C'est à peu près cela que vous avez dit.

M. Halliday: En effet.

M. le juge Hall: À l'heure actuelle, la proportion est d'environ 8 p. 100. En 1964 jusqu'en 1967, elle était d'environ 5 p. 100. Elle a donc augmenté. Bien sûr, le P.N.B. a grandement augmenté pendant la même période mais maintenant il se maintient et les coûts ont augmenté. Voilà ce qu'il en est . . . Augmentons le P.N.B., comme on le désire, et la proportion des coûts baissera, à moins que le pays ne se maintienne en récession.

Le président: Je donne maintenant la parole à M. Hudecki.

M. Hudecki: Votre Honneur, nous sommes enchantés de votre présence parmi nous aujourd'hui. Les membres du Comité ne se rendent peut-être pas compte que vous êtes le père non seulement de l'assurance-santé mais également d'un orthopédiste jouissant d'une grande renommée sur le plan international et avec qui j'ai eu l'honneur de travailler . . .

M. le juge Hall: C'est ce que j'allais dire, j'irais à Boston et non pas à la clinique Mayo.

M. Hudecki: Vous connaissez donc les problèmes de la profession médicale, notamment la qualité des soins dans la communauté. Vous avez laissé entendre que l'excellence des soins est un des points faibles du système. J'ai l'impression qu'on ne tient pas compte dans la rémunération des spécialistes, de leur spécialité, de leur expérience, de leur compétence et de leur contribution à la science. Or, cela pourrait se faire par des groupes de pairs de la profession médicale qui pourraient ensuite aller négocier avec les organismes provinciaux.

Voici, le problème est double. Il est très difficile de savoir comment la province prépare les budgets des soins de santé. Une grande partie de l'argent est versé dans le Fonds du revenu consolidé et il est donc difficile pour les médecins de savoir quelle part du budget est réservée aux soins de santé. À chaque fois que l'on essaie d'obtenir des chiffres à ce sujet, on se fait renvoyer à votre rapport. Il existe bien peu de rapports sur ce sujet donc, lorsqu'il s'agit de négocier avec les provinces, les chiffres n'existent pas et le public ne sait pas combien d'argent est réservé aux soins de santé.

Une autre chose que vous avez soulignée, c'est que les provinces peuvent, par le conseil des ministres, arriver à une entente et ensuite la nier; cela préoccupe les médecins. Ceux-ci se méfient des résultats. Voici ma question: que pouvons-nous faire pour améliorer l'excellence de la profession médicale? Les questions que je soulève sont-elles valides?

M. le juge Hall: Je ne sais pas comment les différentes provinces structurent leur budget dans ce sens. De toute évidence, les montants réservés au programme devraient être publiés. Cependant, je ne sais pas si c'est possible. Je m'occupe

[Texte]

with one university's budget and we have all sorts of trouble figuring it out.

I think it was about May 1, 1980, that the executive of the Ontario Medical Association asked me to meet with them in Toronto. There was one group—it was the orthopaedic group—that was concerned with the division. Now, at that stage they knew how much money they were going to get—x dollars or whatever it was. We have to sit down and allot so much to this group.

I am told that the orthopaedic group is not the only group that is concerned about the division. I would think that has to remain in the hands of the profession. In that way, knowing the amount of money they have, they should be able to divide it fairly among the several areas of the profession. However, it still leaves open the question of whether excellence within the group can be taken care of.

In law, we have the so-called Queen's Counsel or King's Counsel business that is sometimes political, but does denote that the fellow has been around at least 10 years.

Some hon. Members: Oh, oh!

Mr. Justice Hall: And this is because he has had a client or two and this kind of thing. Now, as to whether it is possible to do anything, your Royal College, of course, performs a much more scientific assessment of the medical people as to whether, on some basis, there could be a division. Against that, I am told, just as the newer equipment is better than the old, sometimes some of the newer professionals, trained and having everything available to them, do not need all the years of experience that some of the others have had. It is going to take a lot of thinking.

• 1120

The Chairman: Thank you.

Mr. Hudecki: Thank you.

The Chairman: I have Mrs. Mitchell, Dr. Foster and Mr. Reid—perhaps just a couple of short questions each.

Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: Thank you, Mr. Chairman. I am pleased to come after the three medical doctors, because the question I want to ask again, one on which I feel very strongly, and I am sure you do too, Justice Hall, is this: What can the federal government do? What kinds of incentives and leadership, beyond just the protection of our past medicare system, can we be working towards or advocating that will move us away from the present physician-dominated curative model of health care to give much more emphasis to comprehensive community-based health care? I am particularly thinking of the aging population, as has been mentioned. I am thinking of several specifics in my own riding of Vancouver East, where there is a very high percentage of immigrant people who do not speak English who need community health services in their own language and there are the low-income families who need dental care as well as health care. We have models in a number of communities where well-trained health aides and

[Traduction]

du budget d'une université et nous avons beaucoup de difficultés à trouver les chiffres.

Le 1^{er} mai 1980, je crois, le conseil exécutif de l'Association des médecins de l'Ontario m'a demandé de le rencontrer à Toronto. Un groupe de l'association, les orthopédistes, s'intéressaient à la répartition des fonds. À l'époque, ils savaient combien d'argent ils obtiendraient. Il s'agissait de calculer combien d'argent irait au groupe.

On me dit qu'il n'y a pas que les orthopédistes qui s'intéressent à cette répartition. À mon sens, il revient aux médecins de décider de cela. Ainsi, sachant quel est le montant total, ils pourraient répartir l'argent entre les différents spécialistes. Il s'agit cependant encore de savoir si l'excellence au sein d'un même groupe peut être reconnue.

En droit, nous avons les conseillers de la Reine ou du Roi, une distinction parfois politique mais qui montre quand même une pratique sur dix années au moins.

Des voix: Oh, oh!

M. le juge Hall: Et la distinction est octroyée du fait que vous avez un client ou deux clients donnés. Quant à savoir s'il est possible de faire quoi que ce soit, les collèges royaux des médecins bien sûr sont beaucoup plus capables d'évaluer scientifiquement chaque médecin quant à la répartition. En réponse à cela, cependant, on a dit que de la même façon que le matériel neuf est souvent meilleur que le vieux, les jeunes médecins bien formés et bien au courant de la science n'ont pas, dans certains cas, besoin de toutes les années d'expérience qu'ont certains autres. Il faudra y réfléchir longuement.

Le président: Merci.

M. Hudecki: Merci.

Le président: J'ai encore le nom de M^{me} Mitchell et de MM. Foster et Reid; chacun pourrait poser quelques petites questions.

Madame Mitchell, vous avez la parole.

Mme Mitchell: Merci, monsieur le président. Je suis contente d'intervenir après trois médecins; je reviens encore au même sujet, une question qui me tient à coeur et, monsieur le juge Hall, je suis sûre qu'elle vous intéresse aussi: Que peut faire le gouvernement fédéral? Quel encouragement, au-delà de la simple protection de notre réseau d'assurance-santé actuel, devons-nous réclamer pour nous retirer des tendances actuelles de médecine curative professionnelle et accorder beaucoup plus d'importance aux soins de santé communautaire globaux? Je pense notamment à la population âgée. Je pense à des exemples précis dans ma propre circonscription de Vancouver-Est, une circonscription qui compte un très fort pourcentage d'immigrants qui ne parlent pas anglais, qui ont besoin de services de santé communautaires dispensés dans leur langue; je pense aussi aux familles à faible revenu qui ont tout autant besoin de soins dentaires que de soins de santé. Nous avons des exemples dans certaines localités où des aides

[Text]

nurses, with doctors on call, are doing a very, very good job of reaching low-income people and meeting the broader needs of people. I feel such a sense of frustration that we are spending so much time and energy trying—and we must do this, of course—to protect the basic medicare system, when the needs of our population are changing so much. We must move into these other areas, where perhaps the health dollar can be spread more effectively.

Mr. Justice Hall: On page 73, I try to deal with that, in reference to a recent book by Andrew Allentuck in which he says that of all the illnesses, and so forth, the doctor-related ones come to about 20%—that is apart from obstetrics. I think the clinic idea has done quite a lot. There are a number of very excellent clinics throughout the country. Perhaps the best one—and I do not think I am going out of the way in referring to it—is the Prince Albert Clinic, where they do the very things you are talking about. Whether by design or good luck, a bunch of structures for elderly people are not very distant from the clinic. They have nurses who go to these buildings to look after the people who need care perhaps once a day, once a week—that kind of thing. They seem to accomplish a great deal.

But they go further. They keep in contact with the elderly people they are working with. They take them out on picnics; they take them to the lake; they concern themselves with the daily lives of the patients.

• 1125

A rather strange result is that of all the patients who come, as distinguished from patients who get to a hospital through the ordinary physician's office, 60% of the patients who come to the clinic eventually are hospitalized, as against pretty well 80% or 90% of those who come through the ordinary channels. It is a rather strange result.

There is a clinic in Seattle, organized primarily by the teaching profession, which has a commitment by which the ill are brought—the doctors are in the clinic and the patients are brought and returned by automobile, actually, and they seem to be very satisfied. The clinic at the steel place in British Columbia has an excellent reputation—perhaps doing better than the one at Sault Ste. Marie. There is a clinic here in Ottawa that has received a very substantial grant from the Kellogg Foundation to circulate in the community and do the things you are talking about there, about knowing and finding out about whether they are able to speak English to know what it is all about, and that kind of thing. It has been in operation for some time, but this substantial grant they got from the Kellogg Foundation was about a year ago. I have not had a report on how successful it has been, but it was inaugurated some time ago.

The Chairman: Dr. Foster.

Mr. Foster: Thank you, Mr. Chairman.

[Translation]

paramédicales et des infirmières, ayant la possibilité de rejoindre un médecin, font un excellent travail auprès des personnes à faible revenu et réussissent ainsi à répondre aux vastes besoins de la population. Je suis terriblement frustrée de constater que nous consacrons tellement de temps et d'énergie à protéger le Régime d'assurance-santé de base, ce qui est nécessaire bien sûr, alors que les besoins de la population changent tellement. Nous devons nous lancer dans de nouvelles voies, ce qui nous permettrait peut-être de mieux dépenser notre argent réservé aux soins de santé.

M. le juge Hall: À la page 73, j'en parlais justement, lorsque je renvoyais à un livre publié récemment par Andrew Allentuck où on lit que, mis à part les services obstétriques, les médecins ne sont nécessaires que dans 20 p. 100 des cas. L'idée d'une clinique de santé m'intéresse beaucoup. Il en existe certaines de très grande qualité dans le pays. La meilleure, est peut-être celle de Prince-Albert, où on fait précisément ce que vous réclamez. Que ce soit par hasard ou voulu, bon nombre des services offerts aux personnes âgées se trouvent à courte distance de la clinique. Des infirmières peuvent se rendre dans ces édifices pour prendre soin des personnes qui nécessitent des soins quotidiens ou hebdomadaires. Cela semble très bien fonctionner.

Cependant, on pousse le travail plus loin. Les gens qui travaillent à la clinique établissent des liens avec les personnes âgées; il y a des pique-niques, des excursions au lac; on s'intéresse à la vie quotidienne des personnes âgées.

Il est assez étrange de constater que parmi ces patients qui se présentent, par opposition à ceux qui sont ensuite hospitalisés par les offices d'un cabinet normal de médecine, 60 p. 100 sont ensuite hospitalisés, alors qu'il y en a 80 à 90 p. 100 dans l'autre cas. C'est donc un résultat assez surprenant.

Il y a un dispensaire de ce type à Seattle, organisé à l'origine par des enseignants, et où les patients viennent consulter les médecins présents en voiture et sont ensuite également transportés chez-eux en automobile. Il semble que cela marche très bien. Il y aussi ce dispensaire installé dans une aciérie en Colombie-Britannique qui a une excellente réputation—peut-être qu'ils s'en tirent mieux que celui de Sault-Ste-Marie. Il y a ici à Ottawa un service du même genre qui a reçu des crédits importants de la Fondation Kellogg, afin qu'il puisse se faire connaître dans la collectivité et faire ce dont vous parliez, entre autre savoir si les gens parlent anglais, connaître leur situation, etc. Cela fonctionne depuis un certain temps, et cette subvention importante de la Fondation Kellogg a été versée il y a environ un an. Je n'ai toujours pas eu de rapport sur les succès remportés par ce centre, mais il a été inauguré il n'y a pas très longtemps.

Le président: D^r Foster.

M. Foster: Merci, monsieur le président.

[Texte]

Justice Hall, it is pleasing to hear you say that medicare is alive and well in Canada today, but that this bill is worthwhile in preserving the success we have had to date.

I must say that the presentation made by the Canadian Nurses Association was quite impressive. I think they quoted a figure of something like \$300 million could be saved if their proposals relating to alternate delivery systems and home care and community clinics and so on were adopted. I take it from what you have told us that this really, if it is to be done by the Government of Canada, would have to be something of an incentive program, rather than something in legislation, using an incentive of dollars, if the provincial governments were to implement something like that.

The second point I would like to have some clarification on is we hear that if this bill is adopted by the Parliament of Canada, the medical profession will man the ramparts and defend the profession, and so on, and the Minister of Health of Alberta will probably sue the federal government for implementing such legislation, or having such legislation passed. It seems to me that as I read about the medicare schemes in the various provinces in fact we are implementing something in the rest of Canada that essentially has been in effect in the Province of Quebec—which represents some 28% or 30% of our population—for several years now. I am interested in the review you carried out in 1979-1980, were tremendous complaints and representations made to your commission, or your review committee, in 1979 and 1980 by the medical profession there? I read in the area that I come from where certain specialists are immediately leaving to practise in the United States and so on. I am sure there must be very many outstanding specialists in the Province of Quebec who have been able to cope and live and operate very well in that province. I was just wondering when you carried out that review what kind of complaints you received from the profession there.

• 1130

There is a third point I would like just to inquire about. I understand that in the 1960s and early 1970s Australia had a very comprehensive medicare scheme. I know there is not time for you to go into any details on that, but I just wonder if you could comment on why that scheme disintegrated—was it because of extra-billing and user fees and the kind of remedy that this bill proposes?—and if, in light of that, it is a successful remedy.

Sorry to bootleg in so many questions on the chairman, but I did not think he would allow me a second question.

Mr. Justice Hall: All right. Number one, about the medical profession manning the ramparts: The past president of the Canadian Medical Association, Dr. Baltzan, has said publicly and repeatedly that the medical profession will not go on strike.

[Traduction]

Monsieur le juge Hall, il est réconfortant de vous entendre dire que le Service médical hospitalier canadien est en bonne santé, mais que ce projet de loi est tout de même intéressant dans la mesure où il préservera l'acquis.

Je dois dire ici que l'exposé de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada m'a beaucoup impressionné. Ils ont notamment cité un chiffre de 300 millions de dollars qui pourraient être économisés si l'on suivait leurs conseils en matière de soins, et notamment de soins à domicile et de cliniques communautaires. D'après ce que vous nous dites, et si le gouvernement du Canada devait suivre votre conseil, il s'agirait surtout d'un programme d'incitation, plutôt que d'une réglementation à proprement parlée, un programme donc qui subventionnerait les gouvernements provinciaux décidés à le faire appliquer.

Deuxièmement, nous entendons dire que si ce projet de loi était adopté par le Parlement du Canada, la profession médicale monterait au créneau pour défendre ses intérêts, etc, et le ministre de la Santé d'Alberta intenterait des poursuites au gouvernement fédéral; j'aimerais avoir quelques explications là-dessus. J'ai l'impression, d'après ce que je lis sur les services médicaux hospitaliers des provinces, que nous voulons en fait faire appliquer dans le reste du Canada un système qui est déjà en vigueur dans la province du Québec depuis plusieurs années, province qui représente 28 à 30 p. 100 de notre population. En 1979-1980, vous avez dirigé une enquête, au cours de laquelle la profession médicale s'est plainte de façon vigoureuse auprès de votre Commission, ou de votre comité d'étude. Il était question que certains spécialistes de la région d'où je viens quittent le pays immédiatement pour aller s'installer aux États-Unis etc. Je suis sûr qu'il y a certainement des spécialistes renommés de la province de Québec qui ont su s'accommoder de leur système et continuer à vivre et exercer dans cette province. J'aimerais bien savoir ce que les professionnels ont eu à vous en dire au moment de votre enquête.

Il y a un troisième point que je voudrais soulever. Il paraît qu'au cours des années 1960 et 1970, l'Australie avait un système d'assurance-maladie extrêmement complet. Sans entrer dans le détail, pourriez-vous nous expliquer comment il se fait que le système ait échoué; était-ce en raison de la surfacturation et des tickets modérateurs que le présent projet de loi se propose justement de supprimer?

Je m'excuse d'avoir posé toute une série de questions, mais je soupçonne que le président ne m'accorderait pas de nouveau la parole.

M. le juge Hall: Pour ce qui est de votre première question, l'ancien président de l'Association médicale canadienne, le Dr. Baltzan, a déclaré à plusieurs reprises que les médecins ne se mettraient pas en grève.

[Text]

On the other aspect of Australia, yes, it was because of the way in which it was handled that it went down the drain, and they are now setting about to revive it.

The Chairman: And the situation in Quebec?

Mr. Justice Hall: Oh yes. There was not a great volume. There were some complaints in Quebec. One was that the province had curtailed the number of places available for those who wanted to go on to a specialization. I forget what was available in 1979, but so many less were available in 1980, that kind of thing. There was considerable discussion about that.

There was considerable discussion about this question of manpower placement, but in a general way as to the financing, apart from the amount, they told me that they had the best pay system in Canada. If a physician's bill went in on Monday, the next Monday the money was transferred by computer to his bank account.

So it was not all bad. There was not great grief expressed by the profession in Quebec. There were a number of individual things, but in a general way, no.

The Chairman: I will ask Mr. Reid to finish the questioning.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Justice Hall, having come from Saskatchewan with 10 years at the bar, I join the welcome of you and express the regret that we do not have the opportunity to explore your background as fully as we would have liked to. Particularly, I would have liked to have asked a question about the medical research being funded by a very questionable sports pool operation and, from a preventive medicine point of view, the minimum numbers of dollars going into the fitness aspect of Fitness and Amateur Sport.

However, since I have the last question, I want to be more general in terms and ask you about a comment made early on, and that was the indication at the onset of medicare that doctors, physicians, were not going to become functionaries of the state. You indicated that events of today have led you to express some concern about the possible erosion of medicare. Do those same events not lead you to express some concern as to where we are going in the professions, such as the future of the practitioner in medicine, the quality of medicare itself, the monopoly which you say the doctors are not allowed to operate on their own as a licenced profession which applies to dentists, which applies to the law? What is in your mind the future of the medical profession with the restriction on its income, the very basic aspect of operation? Will you be requiring from the point of view of accessibility, universality, locating these people in particular localities across the country? And why do you not follow the same concept through to dentists in the concern about a person's mouth as well as other aspects of medicare?

• 1135

Mr. Justice Hall: In the report we did recommend a full dental program. It has not come about. But school children's programs in dentistry are quite broad in Canada and have been very successful.

[Translation]

Pour ce qui est de l'Australie, c'est effectivement les défauts de leur système d'assurance-maladie qui l'ont fait capoter et ils essayent maintenant de le remettre sur pied.

Le président: Et la situation au Québec?

M. le juge Hall: Ah oui, ils ont fait valoir certains griefs. D'une part, les autorités de la province avaient réduit le nombre de places pour les médecins voulant se spécialiser. Je ne me souviens plus du nombre de postes disponibles en 1979, mais toujours est-il que ce nombre a été réduit en 1980. Il a beaucoup été question de ce problème.

Il a également été beaucoup question de la façon dont les médecins sont affectés à certains endroits, mais en règle générale ils m'ont dit que leur système de paye est le meilleur du Canada. Lorsqu'un médecin expédie sa note d'honoraires un lundi, le lundi suivant l'argent était versé à son compte en banque.

Les réactions n'étaient donc pas toutes négatives. En règle générale, les médecins du Québec n'avaient pas grand-chose à redire sauf quelques points par ci par là.

Le président: C'est M. Reid qui terminera la période des questions.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président.

Monsieur le juge, ayant fait 10 ans de barreau dans la Saskatchewan, c'est un honneur pour moi de vous saluer et je regrette seulement que nous n'ayons pas plus de temps pour vous questionner au sujet de votre travail. J'aurais notamment aimé vous poser quelques questions concernant l'argent utilisé pour la recherche médicale et provenant d'une loterie sportive plutôt douteuse ainsi qu'au sujet du fait qu'un strict minimum est attribué à l'aspect condition physique du programme Condition physique et Sport amateur.

Vous disiez tantôt qu'à l'époque où l'assurance-maladie fut instaurée, on nous avait assuré que les médecins ne deviendraient pas des fonctionnaires. Vous vous êtes dit inquiet de l'érosion possible de l'assurance-maladie en raison de la situation actuelle. N'éprouvez-vous pas également des inquiétudes quant à l'avenir des médecins et la qualité des soins de santé du fait que contrairement aux dentistes et aux avocats, les médecins ne sont pas autorisés à contrôler leur propre profession. Quel est à votre avis l'avenir de la médecine dès lors que l'on prétend restreindre les honoraires médicaux? Voulez-vous obliger les médecins à pratiquer dans tel ou tel endroit du pays afin que tous puissent avoir accès aux soins médicaux? Si vous vous préoccupez de la santé des gens, pourquoi ne pas obliger les dentistes aussi à pratiquer dans toutes les agglomérations du pays.

M. le juge Hall: Le rapport recommande justement l'instauration d'une assurance dentaire. Cela n'a pas encore été fait mais les soins dentaires des écoliers sont déjà assurés à une grande échelle au Canada.

[Texte]

The other aspect, the whole development, has led the profession to say that they are being made functionaries. That is what they say. I think that is because there has been so much time, energy and so forth spent on remuneration rather than on other aspects of the program. If you look back, what else have we been talking about for five years except money. It is my view that if we can put this money thing behind us, then we can go to work and really improve the program, good as it is.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Justice Hall. It has been a privilege and a pleasure to have you with us this morning, taking so much time with us and giving us the benefit of your experience and your advice as to the present situation. On behalf of the whole committee, I would like to thank you very much.

Some hon. Members: Hear, hear.

The Chairman: We are a bit pressed for time, so I would like to call Professors Vayda and Hastings before us at the present time.

We have Doctor Eugene Vayda from the University of Toronto with us this morning, and he has brought along his colleague, Professor John Hastings. Professor Vayda's brief has been circulated this morning. Perhaps, professor, if you could give us a brief overview of your brief then we will have a little bit of time for questioning.

Professor Eugene Vayda (Associate Dean, Community Health, and Professor of Health Administration in Medicine, Faculty of Medicine, University of Toronto): Before coming to Canada in 1970, I was a practising specialist in internal medicine and one of the founders and the first medical director of a prepaid group practice health maintenance organization in the United States.

John Hastings is with me. He is professor of Health Administration at the University of Toronto. As many of you know, I think, his 1972 report for the Conference of Health Ministers on Community Health Centres, in the context of the wider health care system, remains to this day one of the most significant and important studies of health centres ever done in North America.

We are here as individuals with expertise and experience in health care organization and financing, and I would stress, not as representatives of the University of Toronto or its faculty of medicine. However, we very much appreciate the opportunity to share our views and recommendations with the committee.

• 1140

First, let me say that we support the proposed new Canada Health Act. We support the Act because it reaffirms the basic principals on which Canadian hospital and medical care insurance were established. But even more, we support the Act because it attempts to address, really for the first time, the issue of additional charges to patients for medical and hospital services. By imposing financial penalties on the provinces for additional charges to patients, the Act is attempting to eliminate such charges. In the proposed Act, extra-billing refers to additional charges to patients made by physicians.

[Traduction]

Les médecins affirment qu'on fait d'eux des fonctionnaires. Je crois que c'est dû au fait qu'on a consacré trop de temps et d'efforts à la question de leur rémunération plutôt qu'aux autres problèmes qui se posent. Depuis cinq ans on ne parle pratiquement que d'argent. J'estime que lorsque la question d'argent aura été réglée, on pourra vraiment améliorer le système qui est d'ailleurs déjà excellent.

Le président: Merci, monsieur le juge. Votre présence parmi nous ce matin nous a beaucoup honorés et nous avons beaucoup apprécié vos conseils. Je tiens à vous remercier au nom du Comité.

Une voix: Bravo.

Le président: Vu que le temps court, je demanderais aux professeurs Vayda et Hastings de prendre place au bureau.

Je vous présente le Dr Eugene Vayda de l'université de Toronto ainsi que le professeur John Hastings. L'exposé du professeur Vayda a été distribué ce matin. Vous pourriez peut-être, monsieur le professeur, nous en donner un rapide aperçu afin qu'il nous reste un peu de temps pour vous poser des questions.

M. Eugene Vayda (doyen adjoint, Hygiène publique, professeur d'administration de la santé, Faculté de médecine, université de Toronto): Avant d'arriver au Canada en 1970, je pratiquais la médecine interne et à ce titre, j'ai été parmi les fondateurs et l'un des premiers administrateurs d'une société de soins de santé à paiement forfaitaire aux États-Unis.

M. John Hastings est professeur d'administration de la santé à l'université de Toronto. Le rapport qu'il a dressé en 1972 à la Conférence des ministres de la santé sur les centres d'hygiène publique est à ce jour une des études les plus importantes consacrées à ce sujet en Amérique du Nord.

Je tiens à souligner que nous sommes ici à titre personnel, en tant que spécialistes de l'organisation et du financement des soins de santé et non pas en tant que représentants de l'université de Toronto ou de la Faculté de médecine. C'est un plaisir pour nous de nous entretenir avec les membres du Comité.

D'abord, je tiens à préciser que nous appuyons le projet de loi canadienne sur la santé. Nous le faisons parce qu'il réaffirme les principes fondamentaux sur lesquels se fondèrent l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation au Canada. Nous y souscrivons d'autant plus qu'il constitue la première tentative de confronter la question des frais supplémentaires imposés aux malades, tant dans les cabinets médicaux qu'à l'hôpital. La loi cherche à éliminer de tels frais supplémentaires en imposant aux provinces des amendes correspondant aux honoraires ou aux frais supplémentaires exigés. Dans le libellé

[Text]

User charges refers to additional charges to patients made by hospitals and other institutions. In this presentation we will use the term "additional patient payments" when we refer to both the physician extra billing and hospital user charges.

Proponents of extra-billing state that because such payments make up less than 1% of total hospital and medical care expenditures they are insignificant and their removal is not worth the controversy and the confrontation. There are several reasons why we feel this argument is not valid. First, in almost all provinces there is really no accurate tally of the actual dollar amounts of extra billing. It may indeed be far greater than current estimates.

Second, there is more than ample evidence that additional patient payments fall on those who are ill and may also preclude needed services for those who need them but cannot afford them, groups such as the aged and single parent families. Some have countered this concern by saying that services without extra-billing are available in hospital clinics or when the patient indicates that he or she cannot afford additional payments. Hospital clinics for those who cannot afford additional patient payments implies a two class system of care. The physician's office on the other hand is no place for means testing. Physician decisions are subjective and unilateral. Even more telling, however, is that universal health insurance was adopted to eliminate means testing. Means testing is essentially prohibited by the previous act as well as the proposed one.

Some have advocated additional patient payments to allow the more affluent in our society to purchase more services if they want to and if they are willing to pay for these services. That argument also fails to stand up. Universality and reasonable access are assured by the existing acts. These assurances resulted more from the realization that most illness could not be equated with economic status than from the desire to achieve egalitarianism. Hospital user fees are applied to everyone above a certain income, not only to those who want to pay more. The decision to levy extra-billing charges for medical services is made by the physician. Such charges are rarely the result of a patient's demand for a limousine instead of a bicycle.

After the initial visit, the need for health care services is not determined voluntarily by the patient. Instead, need is determined by the nature of the illness coupled with the diagnostic and therapeutic decisions made by physicians.

Canada has done a better job of containing health care costs than the United States. This containment has been achieved

[Translation]

du projet de loi, la surfacturation désigne les honoraires supplémentaires exigés des malades par les médecins. Quant aux frais modérateurs, ils représentent les frais supplémentaires imposés aux malades par les hôpitaux et autres établissements. Aux fins du présent exposé, nous nous servirons de l'expression «paiements supplémentaires des malades» pour englober à la fois la surfacturation et les frais modérateurs.

Ceux qui sont favorables à la surfacturation affirment qu'étant donné que ces frais ne représentent qu'un pour cent des dépenses liées aux soins hospitaliers et médicaux, ils sont d'une importance très minime et ne valent pas la peine d'une controverse et d'un affrontement. Nous ne sommes pas d'accord avec cela pour plusieurs raisons. D'abord, dans la plupart des provinces, on ne dispose pas vraiment de chiffres exacts en dollars sur la surfacturation. Or, ces chiffres pourraient être beaucoup plus élevés que ceux dont nous disposons.

En deuxième lieu, il y a de très nombreux faits pour étayer la thèse d'après laquelle ce sont ceux qui sont vraiment malades mais qui sont dans le besoin, comme les personnes âgées et les chefs de famille monoparentale, qui doivent assumer ces paiements supplémentaires. Certains ont répliqué en rappelant qu'il existe des services n'imposant pas de surfacturation, dans des cliniques hospitalières par exemple, ou encore lorsque le malade fait savoir qu'il ne peut se permettre de payer des frais supplémentaires. Toutefois, le recours aux cliniques hospitalières dans le cas des personnes dans le besoin suppose qu'il y a deux classes au sein de notre régime de santé. Par ailleurs, le bureau du médecin ne doit pas être un endroit où l'on évalue les ressources des malades car les décisions que peuvent prendre les médecins en la matière sont subjectives et unilatérales. Qui plus est, l'assurance-maladie universelle a été adoptée justement pour éliminer la vérification des ressources. Une telle vérification est interdite par la loi précédente ainsi que par l'actuel projet de loi.

Certains se sont dits favorables à l'imposition de frais supplémentaires aux malades afin de permettre aux personnes plus à l'aise de recourir à l'avantage de services s'ils le veulent et s'ils ont les moyens de les payer. Cet argument est également très faible, étant donné que les lois en vigueur garantissent l'universalité et un accès raisonnable aux services. Ces garanties s'expliquent davantage par le fait que la plupart des maladies n'ont pas de lien avec l'aisance matérielle que par le désir de créer une forme d'égalitarisme. Les frais modérateurs sont en effet imposés à tous ceux qui dépassent un certain niveau de revenus et non seulement à ceux qui sont disposés à payer davantage. En outre, la décision d'imposer des honoraires supplémentaires pour des actes médicaux est prise par le seul médecin. De tels frais supplémentaires sont donc rarement imposés parce que le malade a demandé une limousine plutôt qu'une bicyclette.

Après la première visite, cela n'est pas le malade qui établit volontairement s'il a besoin de davantage de soins médicaux. Cela est au contraire déterminé à la fois par la nature de sa maladie et par le diagnostic et la décision du médecin.

Le Canada a davantage réussi à limiter les coûts des soins médicaux et hospitaliers que les États-Unis. Cela tient avant

[Texte]

primarily because virtually all hospital and medical care spending comes from the public sector. Additional patient payments, particularly those imposed by physicians, would eliminate control over total health care expenditures. Barer, Evans and Stoddart, three health economists, have summarized the situation regarding additional patient payments when they stated, and I quote:

... in the present structure of health care delivery, most proposals for patient participation in health care financing reduce to misguided or cynical efforts to tax the ill and/or to drive up the total cost of health care while shifting some of the burden out of government budgets.

We conclude, after considerable study, that extra-billing and user fees have nothing to recommend them and there is much evidence to reject them. Any attempt to eliminate additional patient payments is in the public interest. For this reason we strongly support the new Canada Health Act. We feel the removal of additional patient charges does not, as some have argued, necessarily imply greater government control over the practice of medicine.

Barer, Evans and Stoddart, in the statement we just quoted, began by referring to "the present structure of health care delivery", and it is this issue which the proposed act unfortunately fails to address. Based on our experience, it is clear that alternate methods of organizing and delivering health care services can eliminate user charges, extra-billing, and also produce savings and/or increased benefits. The experience with prepaid group practice in the United States clearly demonstrates that organized group and team medical practice closely linked with hospitals and serving defined enrolled population groups does produce cost savings and/or increased benefits as well as co-ordination of services.

We would like to conclude our presentation by urging that the new Act include incentives for the planning, implementation and assessment of significant numbers of alternate methods of organizing and paying for health care services. We feel such developments are long overdue.

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Vayda.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I want to welcome both Dr. Vayda and Dr. Hastings to the committee and we appreciate the fact that you have presented us with some of your thoughts in writing.

[Traduction]

tout au fait que presque tous les fonds dépensés au titre des services hospitaliers et médicaux viennent du secteur public. Si l'on permet qu'il y ait des frais supplémentaires à acquitter par le malade, particulièrement des honoraires de médecin, cela mettrait fin à la surveillance de l'ensemble des dépenses médicales. Trois économistes de la santé, Barer, Evans et Stoddart, ont résumé ce qui peut se passer si on permet l'imposition de frais supplémentaires aux malades, et je cite:

... étant donné le fonctionnement actuel de notre régime de soins de santé, la plupart des propositions voulant que le malade participe davantage au financement correspondent à des efforts mal orientés ou cyniques de taxer les malades et finiront peut-être par augmenter le coût total des soins de santé tout en déplaçant certaines des responsabilités hors des budgets gouvernementaux.

Après avoir effectué des études très poussées, nous sommes arrivés à la conclusion que la surfacturation et les frais modérateurs n'ont rien de recommandable et qu'au contraire, il ne manque pas de bonnes raisons de les rejeter. Toute tentative visant à éliminer les paiements supplémentaires imposés aux malades protège donc l'intérêt public. Nous appuyons donc fermement la Loi canadienne sur la santé. Nous estimons que l'élimination de ces frais supplémentaires, contrairement à ce qu'en pensent certains, n'entraînera pas nécessairement une plus forte mainmise de la part du gouvernement sur l'exercice de la médecine.

Les économistes Barer, Evans et Stoddart, dans l'extrait cité, parlaient d'abord du «fonctionnement actuel du régime de soins médicaux», et c'est justement de cet aspect-là que malheureusement, le projet de loi ne tient pas compte. Or, d'après notre expérience, il existe clairement d'autres méthodes d'organisation et de prestation de soins médicaux qui peuvent éliminer les frais modérateurs et la surfacturation tout en réalisant des économies et même en augmentant les bénéfices. L'expérience amorcée aux États-Unis, où l'on paie les soins d'avance et où ils sont dispensés en groupe montre que l'exercice de la médecine organisée par équipe et en groupe en étroite collaboration avec les hôpitaux, ce afin de desservir des populations inscrites données, réalise des économies et même une augmentation des bénéfices tout en assurant une meilleure coordination des services.

Nous voudrions terminer en demandant que la nouvelle loi comporte des mesures encourageant la planification, la mise sur pied et l'évaluation de diverses solutions de rechange en matière d'organisation et de rémunération des services médicaux. Nous croyons qu'il y a retard à ce chapitre depuis longtemps déjà.

Le vice-président: Merci, docteur Vayda.

Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je veux souhaiter la bienvenue aux docteurs Vayda et Hastings et nous sommes vraiment heureux que vous nous ayez présenté certaines de vos idées par écrit.

[Text]

The gist of your presentation today is based mainly on the organization and the financing of health care. I touched on this with Mr. Justice Hall a few minutes ago; I want to just pursue a little different angle on that aspect of it, if I may, Mr. Chairman.

It seems, as one looks at other countries around the world, particularly those that have been involved in various types of social welfare programs long before Canada has—I am thinking of countries like Britain and Sweden and so on—that most, if not all of them, are moving in the opposite direction to where we are going. They are moving into the area of more patient involvement in the partial paying for some of the services.

Sweden, for example, which is probably the most noteworthy of all countries for social welfare programs, has just recently doubled its per patient charge up to a maximum per year, per family, of course, which is very reasonable. But I wonder how—acknowledging what Justice Hall said earlier today—with the vast, the tremendous, the rapid increase of technological costs in medicine, with the deficits we have now, we think we can finance the added costs of medical technology without doing what these other countries are doing, namely, allowing, where possible, the private sector to contribute a bit more than they have in the past.

How we can rationalize the acceptance of this Bill, which constricts the involvement of individuals, with the trend around the world of increasing involvement outside government?

Prof. Vayda: To the extent that funding is controlled by government there is some mechanism for overall control, so that in the long pull it is entirely likely that, although there will be increases, there will be fewer increases with this kind of public funding than there would be by allowing the private sector in. If we look at the experience of the United States, this clearly drives the cost of medical care up substantially.

We are really faced with the issue of how best to pay for it. Do we have payment for services at the point at which those services are delivered, or do we essentially use public funds, collected through taxation, as a way of paying the costs and attempt in every manner possible to restrain those costs? Our feeling, I think, is that there is a far greater opportunity to control costs if they are essentially paid for out of one pocket and if they are covered from public funds.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, Dr. Vayda has used the words, to control costs, and that of course is a concern of all of us. It is also a concern from the point of view of the physician who is interested in the quality of medical care, because as soon as you start to control costs you are almost implying that you are going to somehow ration the service, limit the service, and we are beginning to see the beginning of that now in this country.

[Translation]

Pour résumer ce que vous avez dit ici aujourd'hui, vous avez parlé surtout d'organisation et de financement des soins de la santé. J'en ai parlé un peu avec le juge Hall il y a quelques instants; j'aimerais donc poursuivre, dans la même veine mais d'une perspective différente, cette question, si vous me le permettez, monsieur le président.

Lorsqu'on voit évoluer les autres pays un peu partout au monde, surtout ceux qui ont adopté toutes sortes de programmes visant le bien-être de la société bien avant que le Canada ne l'ait fait, et je songe ici aux pays comme la Grande-Bretagne, la Suède, etc., il semble que la plupart d'entre eux, sinon tous, s'éloignent de cet objectif que nous cherchons à atteindre. Ils cherchent de plus en plus à laisser le soin aux patients de payer en partie certains des services offerts.

La Suède, par exemple, qui est probablement le pays le plus connu pour ses mesures sociales, vient tout dernièrement de doubler la charge qui incombe à chaque patient jusqu'à un certain maximum annuel, par famille, évidemment, qui se trouve être fort raisonnable. Compte tenu de ce que disait le juge Hall un peu plus tôt aujourd'hui, étant donné l'augmentation vertigineuse des coûts technologiques en matière de médecine, je me demande comment, à la lumière des déficits actuels, nous pouvons penser à financer les coûts additionnels de la technologie médicale sans faire ce que font aujourd'hui ces autres pays, c'est-à-dire de permettre, là où c'est possible, au secteur privé d'y contribuer un peu plus qu'il ne l'a fait par le passé.

Comment pouvons-nous rationaliser l'adoption de ce projet de loi, qui restreint l'engagement de l'individu, vu la tendance qui s'accroît à travers le monde aujourd'hui, c'est-à-dire la participation sans cesse croissante du secteur extra-gouvernemental?

M. Vayda: Dans la mesure où le financement est pris en main par le gouvernement, il y a certains mécanismes de contrôle global et, à long terme, il est plutôt probable, quoiqu'il y ait des augmentations, qu'il y en aura moins grâce à ce genre de financement public que ce ne serait le cas si l'on ouvrait la porte toute grande à l'entreprise privée. Si nous tenons compte de la situation américaine, il est clair que le coût des soins de santé s'en trouve augmenté considérablement.

Il s'agit vraiment de savoir quel est le meilleur moyen de financer le tout. Faut-il prévoir le paiement des services là où les services sont rendus ou, essentiellement, nous servons-nous de fonds publics, c'est-à-dire de taxes, pour payer ce qu'il en coûte tout en tentant, par tous les moyens possibles, de restreindre ces coûts? Notre prétention, je crois bien, c'est qu'il est beaucoup plus facile de contrôler les coûts si l'argent sort de la même caisse et que la note est payée grâce au trésor public.

M. Halliday: Monsieur le président, le Dr Vayda vient de prononcer les mots, contrôle des coûts, qui sont la préoccupation que nous avons tous ici. C'est aussi une préoccupation très importante pour le médecin qui s'intéresse à la qualité des soins médicaux parce que dès que vous commencez à contrôler les coûts, vous sous-entendez presque que vous allez presque rationner le service, le limiter, et nous commençons à voir se pointer cet état de choses à l'horizon de notre pays.

[Texte]

I wonder if the fact that we are going to increasingly see a limitation, particularly on the sophisticated types of technological advances that we are going to be getting into, is any concern to our witnesses. We are going to have to have that limited by governments. Does Dr. Vayda look forward to that sort of control over the type of medicine that you and I are going to be able to receive and not have that choice?

That will lead me onto the two-tiered medicine after that, if I may, Mr. Chairman.

Prof. Vayda: John, you probably might want to take a crack.

Professor John Hastings (Health Administration, Faculty of Medicine, University of Toronto): Perhaps I could respond a little to this.

I have just been working with the World Health Organization office in Copenhagen, on a nine-country European study in which Canada is also a part, in which we are looking at primary care. And it seems to me that one can say two things: First, this Bill is a one-purpose Bill, and to that extent its title may be something of a misnomer, but it is an important step. However, if we go on without any attempt to look at the way in which we provide services, the range of services, the models of services, then I think we are indeed facing difficulties. We are going to have to look at the structures, the methods by which we deliver services, the balance and co-ordination in those services. Dr. Halliday himself was part of the committee in 1972 that I had the honour to chair, which indeed did come up with some alternative proposals in that regard

• 1150

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I would like to get back to Dr. Hastings' comments about alternative methods in a minute, but I want to pursue, first of all, the funding problems and also the fact that Dr. Vayda, in his paper to us, did make mention of the two-class system of care. Like all other Canadians, I feel this is an ideal we should certainly strive to. I can see why we like to worship that idea, of a no-two-tier health system. You have probably seen some of my questions before; our own Minister of Health is prepared to go to the States when she cannot get the right care here. Even Justice Hall today says that although he would not go to the Mayo Clinic, he would go to one of the Boston clinics.

I wonder, as you try to forego or prevent the development of a two-tier system, whether that implies that Canadians then would not be allowed to go to other countries to receive the kind of superb care they want? Is that what we are talking about? Are we not at the same time inviting a degradation of the quality of care in this country? If the government is not willing to pay for it, Canadians are going to have to suffer with

[Traduction]

Je me demande si le fait que nous allons voir de plus en plus de limites, surtout pour ce qui est des progrès technologiques très sophistiqués qui s'annoncent d'ores et déjà, n'inquiète pas un peu nos témoins. Les gouvernements devront imposer des limites dans ces domaines. Le Dr Vayda a-t-il hâte de voir imposer le genre de contrôle dont il est question sur le genre de médecine dont vous et moi pourrions bénéficier sans avoir aucun choix en la matière?

Voilà d'ailleurs qui pose une bonne introduction pour la question des deux paliers pour les soins médicaux, si vous me le permettez, monsieur le président.

M. Vayda: John, peut-être voudrais-tu dire un mot.

M. John Hastings (Administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Toronto): Peut-être pourrais-je dire un mot à ce propos.

Il n'y a pas longtemps, je travaillais avec l'Organisation mondiale de la santé dans leur bureau de Copenhague: il s'agissait d'une étude regroupant neuf pays européens à laquelle participait aussi le Canada et nous avons abordé la question des soins primaires. Et il me semble qu'on peut en dire deux choses: tout d'abord, le présent projet de loi vise un objectif unique et peut-être, à ce moment-là, son titre est-il un peu mal inspiré, mais c'est un pas important. Cependant, si nous voulons continuer sans essayer d'étudier comment les services sont fournis, l'étendue des services fournis, les modèles de services, alors je crois bien que nous faisons réellement face à de graves difficultés. Il nous faudra examiner les structures, les méthodes grâce auxquelles nous assurons nos services, ainsi que l'équilibre et la coordination de ces mêmes services. Le Dr Halliday a lui-même fait partie du comité que j'ai eu l'honneur de présider en 1972, comité qui a proposé un certain nombre de solutions de rechange dans ce domaine.

M. Halliday: Monsieur le président, je reviendrai dans quelques instants sur les remarques du Dr Hastings sur les solutions de rechange, mais j'aimerais auparavant poursuivre un peu la question des problèmes de financement ainsi que le fait que le Dr Vayda, dans le document qu'il nous a présenté, fait état du système de soins à deux classes. Je pense, comme tous les autres Canadiens, qu'il s'agit là d'un idéal que nous devrions nous efforcer d'atteindre. Je comprends très bien pourquoi nous nous plaçons à cultiver cette idée d'un système de soins de santé non divisé en deux paliers. Vous avez sans doute déjà entendu certaines de mes questions. Notre propre ministre de la Santé est prête à aller aux États-Unis si elle ne peut pas obtenir ici les soins qu'elle souhaite avoir. Même le juge Hall a dit aujourd'hui qu'il n'irait pas à la Clinique Mayo, mais qu'il irait à l'une des cliniques de Boston.

En essayant d'éviter que ne se constitue un système à deux paliers, aimeriez-vous que l'on interdise aux Canadiens de se rendre dans d'autres pays pour recevoir le genre de soins fantastiques qu'ils désirent? Est-ce de cela qu'il s'agit ici? N'invitons-nous pas en même temps une dégradation de la qualité des soins offerts dans notre pays? Si le gouvernement n'est pas prêt à en payer les frais, les Canadiens devront subir

[Text]

a mediocre type of care. That is bound to happen if there it is a limitation of dollars; we see that now.

Prof. Vayda: The amount of money, I think, which is put into health care obviously is a social policy decision. We have opted in this country for 8%; in the United States it is about 10.5%; there are other countries in which it is less or more.

Basically we are dealing with a series of policy issues regarding the amount of money we are prepared to spend to provide roughly a comparable product, a comparable level of health care for every Canadian. I do not think there is any evidence that, at the kind of money we are putting in now, there are serious problems with respect to quality. Certainly in terms of the usual outcomes that one measures, there is not that kind of difficulty. I think what we have done, and I agree with you here, is controlling to some degree the infusion of new technology. We have perhaps been much more critical of some things, such as periodic health examinations and the like. I think that has been to the good because we have tended to look at things much more critically, rather than jumping on the bandwagon of a new technology immediately when it appears.

The Vice-Chairman: Dr. Halliday, this will be your last question.

Mr. Halliday: Unfortunately, I will not pursue that two-class system. I think we are heading for it in any case.

Let me just go to Dr. Hastings. As he mentioned, he was very much involved on behalf of the Council of Health Ministers on the study of community health centres. We have heard a lot of discussion from my colleagues around the table, to some extent today but certainly in the past couple of weeks, on the need for these alternative methods of health care, oftentimes mentioning community health centres as one of the mechanisms for that.

I wonder whether Dr. Hastings could bring the committee up to date on what he believes has been the inhibiting factor or factors in the development and use of more facilities of that type. Has it been costs, as perceived by the provincial governments? Has it been opposition by the profession—although we had a group of 150 physicians represented here just last week who indicated strong support for it. There is a significant number of physicians who would be willing to operate under that system. Perhaps Dr. Hastings could elaborate why there is this apparent failure and what should be done to make them more effective if in fact Dr. Hastings believes they are still to be desired.

Prof. Hastings: Mr. Chairman, Dr. Halliday could answer the question himself, since he was part of the study. However, I shall do so, or try to do so. I think if one recalls when that study came out to the Council of Ministers it was endorsed in its major principles by the three major federal parties. It was

[Translation]

des soins de qualité médiocre. C'est ce qui va se produire si les dollars sont limités. Nous le voyons déjà.

M. Vayda: Je pense que les montants qui sont consacrés aux soins de santé relèvent de décisions de politique sociale. Au Canada, nous avons opté pour 8 p. 100. Aux États-Unis, le pourcentage est d'environ 10,5 p. 100; et il y a d'autres pays où le pourcentage est inférieur ou supérieur.

En gros, il s'agit d'une série de questions de politique au sujet des sommes d'argent que nous sommes prêts à dépenser pour fournir un produit relativement comparable, un niveau de soins de santé comparable pour tous les Canadiens. Vu les sommes qui y sont consacrées à l'heure actuelle, nous n'avons aucunement lieu de croire qu'il existe de graves problèmes en ce qui concerne la qualité. Si l'on se fonde sur les résultats ou les critères que l'on mesure habituellement, il n'existe aucun problème de ce genre. Mais ce que nous avons fait, et je suis d'accord avec vous là-dessus, c'est contrôler jusqu'à un certain point l'introduction des nouvelles technologies. Nous avons peut-être été beaucoup plus critiques à l'endroit de certaines choses, comme par exemple les examens médicaux périodiques, etc. Mais cette optique a eu ceci de bon que nous avons essayé d'examiner les choses d'un oeil plus critique, au lieu de suivre la mode et d'opter tout de suite pour une nouvelle technologie dès qu'elle voit le jour.

Le vice-président: Docteur Halliday, ce sera votre dernière question.

M. Halliday: Malheureusement, je ne vais pas poursuivre la discussion sur le système à deux classes. Je pense de toute façon que nous nous y dirigeons déjà.

J'aimerais maintenant m'adresser au Dr Hastings. Comme il nous l'a expliqué, il a beaucoup participé, au nom du conseil des ministres de la Santé, à l'étude sur les centres de santé communautaires. Mes collègues autour de la table ont beaucoup discuté aujourd'hui, comme au cours des dernières semaines, du besoin de prévoir des systèmes de soins de santé de rechange, et ils ont souvent mentionné les soins de santé communautaires.

Le Dr Hastings pourrait-il entretenir le Comité du ou des facteurs qui ont entravé le développement et l'utilisation d'établissements de ce genre? Les difficultés ont-elles été dues à des problèmes de coût, comme le prétendent les gouvernements provinciaux? Ou à une opposition montée par la profession... bien que tout juste la semaine dernière un groupe de 150 médecins soient venus nous dire qu'ils appuyaient fortement ce genre de choses. Il y a en effet un nombre important de médecins qui seraient prêts à fonctionner dans le cadre d'un pareil système. Le Dr Hastings pourrait peut-être nous expliquer pourquoi ces centres semblent avoir échoué et quelles mesures pourraient être prises pour les rendre plus efficaces s'il est toujours convaincu que des établissements de ce genre sont souhaitables.

M. Hastings: Monsieur le président, le Dr Halliday pourrait lui-même répondre à la question puisqu'il a participé à l'étude. Je vais néanmoins le faire, ou du moins essayer de le faire. Si vous vous souvenez, lorsque cette étude a été présentée au conseil des ministres, ses principes fondamentaux ont été

[Texte]

also endorsed at a meeting at Mount Gabriel, initially by the Canadian Medical, Canadian Hospital and Canadian Nursing associations, though within a few weeks the Canadian Medical Association backed off somewhat and the Canadian Hospital Association backed off to a somewhat lesser extent.

• 1155

I think one can say a couple of things. The context was at that time a renegotiation of the cost-sharing agreements, and part of the proposal of the federal government was a thrust fund which would allow the development of innovative programs of this type. With the failure of those negotiations, the thrust fund vanished.

I think it is true that if, as an industry or anything else, you are going to make change you have to have some up-front kinds of resources initially to help create that change, to create the incentives and to provide the initial cost until the thing gets established. I think that was a major reason for its failure.

I think a second factor was the lukewarm response of my own profession, who had grave apprehension about what these kinds of clinics might mean. That position has not changed dramatically in the interim. Although they are tolerated, they are not encouraged.

It seems to me—and I still would endorse the importance of this kind of approach—that we are not looking at all-or-none solutions. I think that has been part of the difficulty, and we were recommending a significant number of mechanisms, so you had some alternative choices within our system to see if this kind of thing could not meet the needs of many kinds of people. Although there are not many of these programs in Canada, I think they do demonstrate that they can meet the needs of many kinds of people. A proportion of health professionals other than physicians, as well as physicians, are interested in working in them, and I think one of the ways we could do this is again to rethink the possibility of some kind of incentive to the provinces which would allow them to begin to look at the structure of our system. I think if we do not do that then we are ultimately facing rationing down the road. We have to begin to change the methods, the systems, to begin to think of alternative ways of doing things and alternative ways of payment for doing those things.

The Vice-Chairman: Professor Hastings, thank you.

Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: Thank you very much.

I find that very encouraging. It sounds like we are proposing something similar to the Canada Assistance Plan Research and Development funding with much more money put into it.

Could you comment further on your statement that alternate methods of organizing and delivering health care services could eliminate user charges and also provide increased savings and benefits? You obviously started to

[Traduction]

appuyés par les trois partis fédéraux. Le tout a été adopté lors d'une réunion tenue au Mont Gabriel, d'abord par l'Association médicale canadienne, l'Association des hôpitaux du Canada et l'Association des infirmières canadiennes, bien que quelques semaines plus tard l'Association médicale canadienne ait fait légèrement marche arrière, et l'Association des hôpitaux du Canada également, mais à un degré moindre.

A l'époque, tout se faisait dans le contexte de la renégociation des ententes de partage des coûts et le gouvernement fédéral proposait l'établissement d'un fonds qui permettrait de mettre au point des programmes innovateurs de ce genre. Ce fonds n'a cependant pas vu le jour suite à l'échec des négociations.

Cependant, toute industrie ou tout organisme qui désire instaurer des changements doit pouvoir disposer de ressources initialement. C'est sans doute une des raisons principales pour lesquelles les choses ont échoué.

Un autre facteur important a été la réaction assez tiède de ma propre profession qui avait des appréhensions quant aux réalisations possibles de ce genre de cliniques. La position en ce sens n'a pas changé considérablement depuis lors. Même si de telles cliniques sont tolérées, elles ne sont pas encouragées.

Personnellement, je suis toujours en faveur de ce genre de choses. Mais il me semble qu'il ne s'agit pas ici de quelque chose en blanc et noir. Nous avons recommandé différents mécanismes, différents choix, différentes possibilités afin de voir ce qui pourrait être utile à notre population. Même s'il n'existe pas beaucoup de ces programmes à l'heure actuelle, ils démontrent quand même qu'ils répondent aux besoins existants. Certains professionnels de la santé, médecins et autres, aiment travailler dans un tel cadre. Nous pourrions encourager les provinces dans ce sens afin qu'elles reconsidèrent de telles possibilités dans le cadre de notre système actuel. Sinon, nous aurons des problèmes plus tard. Nous devons changer les méthodes, les systèmes, penser à d'autres façons de procéder, à d'autres modes de financement.

Le vice-président: Professeur Hastings, merci.

Madame Mitchell.

Mme Mitchell: Merci.

Je trouve tout cela très encourageant. Il semble que l'on propose quelque chose de semblable au Fonds de recherches et de développement du régime d'assistance publique du Canada; la seule différence, c'est que ce fonds serait beaucoup mieux approvisionné.

Vous avez dit que d'autres méthodes d'organisation et de prestation du régime médico-hospitalier pourraient éliminer les frais modérateurs et permettre au gouvernement de réaliser des économies. Pourriez-vous nous en dire davantage. J'aime-

[Text]

comment on that. In particular, I would be interested in your views also of the proposals of the Canadian Nurses Association and the greater use of nurses with a recognition under the medical plan.

Also, what can be done to make people more responsible for their own health to help them overcome the doctor-is-god syndrome we all grow up with and to do much more in the way being more aware of their own bodies and their development? I think particularly women are very concerned about this, as they often feel that the doctors are not as aware as they might be of some of their problems.

Prof. Vayda: There were three questions there, and I will try to do them one after the other.

On alternate methods of organizing and payment, there is a growing and very substantial experience in the United States with respect to health maintenance organization and prepaid group-practice arrangements where methods of payment are capitation rather than fee for service, practices organized by groups and teams, and in those groups and teams are working not only physicians but a variety of other health professionals.

I personally organized and directed such a program. You shift the utilization of services; you attempt to identify the most appropriate health professional for each of the services.

We found in our program, for example, that there was a substantial reduction in the need for hospital services because ambulatory and hospital care were fully integrated. I think we have never looked at circumstances of what group and team practice fully integrated with the hospital, where there does not have to be duplication of a variety of different supportive services, could do in terms of more benefits covering populations in a much more comprehensive and integrated way.

I think that leads into the answer to your second point. Nurses in our program were essentially equal partners/providers—not in terms of pay, and I am the first to admit that, but in terms of actually participating in the care of patients. They served as nurse practitioners; we had not even invented the word in those days, but they indeed served as nurse practitioners. We had psychologists, social workers, all working as a part of a team together with primary care physicians and specialists serving a defined population. So there was clearly a role for nurses at the point of entry to the system.

Your third question is much more difficult. It is very easy to change human knowledge; it is very difficult to change human behaviour. Here, obviously, we need experimentation on the broadest possible basis with different ways of reaching people and helping them to modify their behaviour. It does not help to teach them so that they understand. In their minds they have to actually translate that into their actions with respect to such things as seat belts, cigarette smoking, drinking and other activities of that kind.

• 1200

With respect to your question about more sensitivity to women, I think that is growing as part of the overall movement

[Translation]

rais également connaître votre réaction à la proposition de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada voulant que l'on utilise les infirmiers et infirmières dans beaucoup plus de domaines qu'actuellement et ceci, évidemment, dans le cadre du régime médico-hospitalier.

Comment aussi pourrait-on faire en sorte que la population assume une beaucoup plus grande responsabilité personnelle quant à sa propre santé, alors qu'actuellement la population semble estimer que le médecin est un dieu? Les femmes en particulier sont intéressées par cette question car elles trouvent souvent que les médecins ne les comprennent pas.

M. Vayda: Vous m'avez posé en fait trois questions et j'essaierai d'y répondre.

Au sujet des autres méthodes d'organisation et de financement, les organisations de sauvegarde de la santé américaines ont lancé un programme-pilote d'équipes médicales composées non seulement de médecins mais également d'autres professionnels de la santé. Le paiement ne se fait pas à l'acte, mais per capita.

J'ai personnellement été responsable de l'organisation et de la direction d'un tel programme. Il s'agit de modifier l'utilisation des services, d'identifier le professionnel de la santé qui devrait être responsable du traitement dans chaque cas.

Dans le cadre de notre programme, nous avons connu une réduction assez importante des besoins d'hospitalisation et ceci du fait que les services hospitaliers et ambulatoires étaient tout à fait intégrés. En fait, nous ne nous sommes jamais penchés sur l'importance des services d'équipe totalement intégrés avec l'hôpital et où il n'y a pas de dédoublement des services. Nous n'avons jamais étudié à quel point une telle intégration pourrait bénéficier à la population.

Cela m'amène à répondre à votre deuxième question. Les infirmières qui travaillaient dans notre programme étaient en fait des partenaires à part entière, pas pour ce qui est des honoraires, et je suis le premier à le reconnaître, mais pour ce qui est de la participation aux soins. En fait ces infirmiers et infirmières étaient des assistants médicaux, même si ce terme n'avait encore été créé à cette époque. Les psychologues, les travailleurs sociaux, les généralistes et les spécialistes desservaient tous une population bien définie. Les infirmiers et infirmières avaient un rôle à jouer à l'entrée du système.

Quant à votre troisième question, il est beaucoup plus difficile d'y répondre. Il est en effet très facile de changer la connaissance humaine, mais beaucoup plus difficile de modifier le comportement. Il faut ici que l'on essaie de toutes les façons possibles d'atteindre la population et de l'aider à modifier son comportement, à adopter des réflexes comme mettre la ceinture de sécurité, cesser de fumer, de boire, etc.

Vous avez parlé des femmes et du fait qu'elles aimeraient que les médecins tiennent un peu plus compte d'elles. Cela fait

[Texte]

that women have undertaken to reach their rightful place in the sun, and in medicine it may well be the entrance of more women physicians as both a manifestation of that and also a means of hoping to achieve it.

Prof. Hastings: I would just like to add one quick thing, and that is that there are really no savings inherent in the present system unless we can develop planning and co-ordinating mechanisms which allow us to make trade-offs between hospital, out-patient, a variety of methods. At the moment these are separate and distinct entities and there are no incentives within our system to use less of more expensive kinds of entity. That is what we are talking about—some beginning to look at some kind of grouping of services rather than each operating distinctly.

The second point I would like to make has to do with preventive interventions. While it is very important for us to recognize the importance of the individual being responsible for his or her own health, it is equally important that we implement now some of the things we do know, in which legislation or incentives again can be used by governments to encourage preventive activity or to encourage wiser use of resources. I think we have not done as much there as we could in terms of the environment, in terms of a number of other areas, and we ought not to put it all onto the individual.

Mrs. Mitchell: Again I am looking at my own riding, but I am sure it applies to most communities in Canada, the people, even though we think we have a democratic system of medicare in Canada—we are concerned about some of the erosion of that of course—but it is very apparent that the people who are not really getting the kind of preventive health care and health education, if you like, in practical terms, are poor people who are increasing in numbers, some 4 million in Canada. I am thinking particularly of young adolescent parents—who are children having children. They are increasing in number. And as was mentioned earlier, native people who still have such a very high incidence, both of health problems and of early death. I do not know quite how to phrase the question, but it seems to me, even with the team approach which you said is largely a team of professionals, we are still not going to reach these people and help them, in their terms.

Prof. Vayda: I said one other thing; I said a team of health professionals responsible for a defined population group, so that there can be outreach. I might point out that the community health centres in Ontario attempt to do very much what you have been describing. Recently our former Minister of Health, the Hon. Larry Grossman, took those programs from experimental and actually made them a part of the health care system, and that is being continued by Mr. Norton as well. These are 10 programs which are essentially urban in nature but do have as their goal the identification of areas where there are those kinds of unique needs. There are outreach programs; there is an attempt to provide not only health care services but frequently legal and social services, things of that kind. And as a part of the initial remarks that legitimize those programs, if you will, there was the implication that there would be support and budget available for additional programs

[Traduction]

partie de toutes sortes d'initiatives de la part des femmes pour occuper la place qui leur est due dans la société. Il y a d'ailleurs de plus en plus de femmes médecins.

M. Hastings: J'aimerais ajouter quelque chose: il n'est pas possible de réaliser des économies dans le système actuel, à moins de mettre au point des mécanismes de planification et de coordination qui nous permettraient d'équilibrer différentes méthodes, services hospitaliers, services pour malades externes, etc. À l'heure actuelle, il s'agit là de modes de traitement tout à fait séparés et rien n'incite à avoir recours à des méthodes moins coûteuses. Nous préconisons par conséquent de regrouper les services, plutôt que de voir ceux-ci travailler en vase clos.

J'aimerais parler également de la prévention. Il est certain que les individus doivent être responsables de leur propre santé; il est cependant également important que les gouvernements, par le truchement de l'adjudication ou de toute autre façon, encouragent le travail de prévention et une meilleure utilisation des ressources. Nous n'avons pas fait tout ce que nous aurions pu faire en matière d'environnement et dans d'autres domaines. Il ne faudrait donc pas imputer une telle lacune à l'individu.

Mme Mitchell: Dans ma circonscription, comme dans d'autres j'en suis sûre, ce sont les pauvres, dont le nombre s'élève maintenant à quelque quatre millions au Canada, qui ne bénéficient pas des services de prévention ou d'éducation en matière de santé. Je pense particulièrement aux jeunes parents adolescents, ces enfants qui élèvent d'autres enfants. Leur nombre augmente. Il y a également les autochtones chez lesquels les problèmes de santé de même que les décès prématurés sont très élevés. Même en envisageant une médecine d'équipe, il sera toujours difficile d'atteindre ces personnes, il sera toujours difficile pour elles de se faire comprendre.

M. Vayda: J'ai parlé d'autre chose: j'ai parlé d'une équipe de professionnels de la santé responsables d'un groupe précis de population, ce qui permettrait des programmes d'extension. Je dois dire que les centres de santé communautaires de l'Ontario visent précisément le but que vous décrivez. Récemment, l'ancien ministre de la Santé, l'honorable Larry Grossman, a intégré ces programmes expérimentaux dans le régime de santé et le ministre actuel, M. Norton, a maintenu une telle situation. Il existe 10 programmes qui s'adressent au milieu urbain mais dont le but est d'identifier les régions où ce genre de besoins uniques se fait sentir. Il y a également les programmes d'extension. Le but en est de fournir des services médicaux hospitaliers de même que des services juridiques et sociaux. Le gouvernement provincial a même laissé entendre qu'il y aurait de l'appui financier et autre disponible pour d'autres programmes qui pourraient être mis au point. À l'heure actuelle,

[Text]

to develop, and there are several other programs in the planning area. That is only a partial solution—and 10 are not very many—but at least that is a recognition of the kinds of problems you have identified.

Mrs. Mitchell: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: One more?

Mrs. Mitchell: One more question. All right. I am not used to this. I think the final question would be, again: Could you elaborate any more practical ways for those of us who are advocates, or we hope are advocates, for not only maintaining medicare, but bringing about these innovations we have been talking about? Have you any further suggestions about federal roles, federal incentives and federal leadership that can help to implement . . .

• 1205

Prof. Vayda: What we suggested early on was that there needed to be substantial incentives for the development of different kinds of programs of this kind. To the extent that the provinces would perhaps move in that direction with the appropriate incentives, perhaps this is the time to consider them. I would not want that to interfere with the passage of a bill that deals with an entirely different issue, but on the other hand, I think it is time that we began to identify some of these areas of need and some of the alternative ways of providing services and began to push in the direction of trying to develop them. Incentives are one very good way of doing that, I think.

Prof. Hastings: I see it as being a bit like an industry that has been in existence for a long time, doing a good job, but which sees its capital plant being passed by those of other countries. It seems to me that there is, at some point, a need to rethink your investment and how you are using it, to put that into new capital, if you like. It seems to me that, given the pressures today, unless the federal government is prepared to take some lead in this, the provinces, surrounded as they are by the day-to-day problems, are going to go on and on. You can say, let us put it off, times are bad, but how long do we put it off? Until as Britain, in a sense, did with its industrial plant, you reach a point where it is very difficult to change and be competitive?

The Chairman: Thank you very much. I will ask Madam Killens to close off the questioning.

Mrs. Killens: Thank you, Mr. Chairman. I too would like to welcome Dr. Vayda and Dr. Hastings. I am going to refer to your brief, page 3. When you quote Barer, Evans and Stoddart, you are telling us that the present structure of health care delivery is failing. It worries me a lot, because, with the aging population we know we are going to have to be dealing with in the next 20 years, if we are failing now and if we do not improve, we are going to be in very bad shape. When you

[Translation]

d'autres programmes sont à l'étape de la planification. Evidemment ceci ne représente qu'une solution partielle, 10 programmes, ce n'est pas la fin du monde, mais cela représente une reconnaissance du genre de problèmes que vous avez identifiés.

Mme Mitchell: Merci, monsieur le président.

Le président: Avez-vous une autre question à poser?

Mme Mitchell: Oui. Vous me prenez au dépourvu. De façon pratique, comment estimez-vous que nous devrions nous y prendre, nous qui nous faisons les avocats du maintien du régime d'assurance médico-hospitalière et qui désirons également faire adopter des innovations au sein de ce système? Avez-vous d'autres suggestions quant au rôle du fédéral, aux mesures d'encouragement du fédéral et à la direction du fédéral, lesquelles pourraient aider à mettre en oeuvre . . .

M. Vayda: Nous avons suggéré précédemment qu'il fallait des mesures considérables d'encouragement afin de favoriser l'élaboration de programmes d'un genre différent. Dans la mesure où les provinces seraient peut-être disposées à agir dans ce sens grâce à des mesures appropriées, c'est peut-être le moment d'y songer. Je ne voudrais pas que cela gêne l'adoption du présent projet de loi qui porte sur une question tout à fait différente, mais par contre, je crois qu'il est temps que nous commencions à identifier certains de ces secteurs où il y a besoin, à trouver d'autres façons de fournir des services et à exercer ensuite des pressions afin d'y donner suite. Je crois que les mesures d'encouragement sont une très bonne façon de procéder dans ce domaine.

M. Hastings: J'estime que c'est un peu comme une industrie qui existe depuis longtemps, qui fait du bon travail, mais qui voit ses immobilisations dépassées par les autres pays. Il me semble qu'il devient, à un certain moment, nécessaire de repenser vos investissements et leur utilisation, d'investir du nouveau capital, si vous voulez. Or il me semble que compte tenu des pressions qui s'exercent aujourd'hui, à moins que le gouvernement fédéral ne soit disposé à prendre l'initiative dans ce secteur, les provinces, entravées comme elles le sont par les problèmes quotidiens, vont continuer et continuer. Vous ne pouvez pas dire, remettons cela à plus tard, les temps sont durs, mais pendant combien de temps pouvez-vous remettre cela? Jusqu'à ce que, comme en Grande-Bretagne, d'une certaine façon, vos usines industrielles atteignent un point tel qu'il devient très difficile d'apporter des changements et de soutenir la concurrence?

Le président: Merci beaucoup. Je vais demander à M^{me} Killens de terminer les questions.

Mme Killens: Merci, monsieur le président. Je tiens moi aussi à souhaiter la bienvenue au Dr Vayda et au Dr Hastings. Je vais me reporter à votre mémoire, page 3. Lorsque vous citez Barer, Evans et Stoddart, est-ce parce que vous voulez nous dire que la structure actuelle de prestation des soins de santé faillit à la tâche. Cela m'inquiète beaucoup, car vu la population vieillissante dont, nous le savons, il faudra s'occuper au cours des 20 prochaines années, si nous manquons mainte-

[Texte]

speak of alternative methods, I take it for granted that you would agree somewhat with the nurses' brief, where they spoke of store-front clinics, community clinics, more home care and prevention. Dr. Manga, the health economist, also mentioned that to us.

With that in mind, would we have a funding problem if we were to improve the way in which we are giving health care, if we were able to have the provinces change the ways in which they operate, because it is their jurisdiction?

Prof. Vayda: Do you mean would it cost more?

Mrs. Killens: Yes.

Prof. Vayda: Some of the larger programs, the prepaid group practice programs, once they are established and going have a substantial capacity for saving money or increasing benefits. It must be freely stated, though, that programs of that kind in their starting times do have substantial costs associated with them. As well, if one begins to talk about programs for groups with special needs, there too there is a problem with respect to the cost involved. It obviously will cost more to provide more services.

This, then, leads to the issue of the reallocation of funds. We heard earlier today about the fact that there were substantial numbers of individuals in hospitals—I do not know whether it was 20% or 25%—there are, inevitably, certain people in hospital who could be looked after in less expensive ways. Only to discharge those patients from the hospitals without doing something in relation to the number of beds that are available obviously is an add-on cost, but actually then to reduce certain sectors of the system and increase other sectors of the system provides a mechanism for trade-offs. However, there are start-up costs involved in any new programs, even those that have the potential to save money.

Mrs. Killens: I have a question on the incentives. Because we now have a universal program, you have to understand that in Quebec it has been our experience that the Government of Quebec often leaves it to the federal program to decide and does not use even an incentive program. We have had it before, through the university system; for many, many years Quebec did without rather than . . . You know why, it is the fear they have of the federal government's telling them how to run their business.

[Traduction]

nant à nos responsabilités et si nous n'apportons aucune amélioration, nous allons nous retrouver en très mauvaise posture. Lorsque vous parlez de mesures de rechange, j'en conclus que vous êtes un peu du même avis que les infirmières dans leur mémoire, lorsqu'elles parlent de cliniques populaires, de cliniques communautaires, d'une plus grande mesure de soins à domicile et de prévention. M. Manga, l'économiste de la santé, nous en a également parlé.

Compte tenu de tous ces facteurs, éprouverions-nous des problèmes de financement si nous apportions des améliorations à la façon dont nous donnons des soins de santé, si nous pouvions obtenir des provinces qu'elles modifient la façon dont elles fonctionnent, puisque cela relève de leur compétence?

M. Vayda: Voulez-vous dire est-ce que cela coûterait plus cher?

Mme Killens: Oui.

M. Vayda: Certains des programmes de plus grande envergure, les programmes de pratique de groupe prépayés, une fois établis et en marche, offrent la possibilité considérable de réaliser des économies ou d'augmenter les bénéfices. Néanmoins, il faut bien reconnaître que ces programmes, à leur début, comportent des frais considérables. En outre, une fois que l'on commence à parler de programmes destinés à des groupes qui ont des besoins spéciaux, il y a là aussi un problème au niveau des coûts. Manifestement, il en coûtera plus cher pour offrir un plus grand nombre de services.

Ceci m'amène à la question de la redistribution des fonds. Nous avons entendu dire plus tôt aujourd'hui qu'il y avait un grand nombre d'individus dans les hôpitaux—je ne sais pas si c'était 20 p. 100 ou 25 p. 100—qu'il devait y avoir, certains malades dans les hôpitaux qui pourraient être soignés de façon moins coûteuse. Si on se contente de renvoyer ces patients de l'hôpital sans faire autre chose au niveau du nombre de lits disponibles, manifestement, cela augmente les coûts, mais si ensuite on réduit en fait certains secteurs du système et qu'on en augmente d'autres, il y a alors un mécanisme de compensation. Toutefois, tout nouveau programme comporte des frais de mise en marche même les programmes qui permettraient éventuellement de réaliser des économies.

Mme Killens: J'ai une question sur les mesures d'encouragement. Parce que nous jouissons maintenant d'un programme universel, il vous faut comprendre qu'au Québec, d'après notre expérience, le gouvernement du Québec laisse souvent les décisions au programme fédéral et n'a même pas recours à un programme d'encouragement. Nous l'avons constaté auparavant dans le régime universitaire; pendant de nombreuses années, le Québec s'en est passé plutôt que . . . Vous savez pourquoi, à cause de la crainte qu'ils avaient que le gouvernement fédéral allait leur dire comment mener leurs affaires.

• 1210

Do you not think that if we went that route of incentive that we would create disparity in the system? We are trying now to eliminate disparity throughout the system, because we feel there is a two-tier system and we would like to eliminate it with this bill. But if we were to go the route of incentive, my

Ne croyez-vous pas que si nous retenions cette suggestion d'accorder des incitatifs, nous créerions une disparité dans le système? Or, c'est précisément ce que nous essayons de supprimer en ce moment, parce que nous avons l'impression qu'il existe un système à deux classes dont ce projet de loi vise

[Text]

fear for the Province of Quebec would be that you would create disparity again.

Prof. Vayda: You obviously have a much better sense of that than I do. I think the Province of Quebec has to be commended for what they have done in this past decade with respect to their attempt to organize a number of community health centres. They have done a number of innovative things with respect to public health.

One would wonder, for example, if incentives came in if the same thing would not happen that happened in those provinces that already had hospital insurance: they took those incentives to help pay for some of the things they were already doing. It is interesting to me that Quebec has already done some of the things we are talking about without those incentives and are advanced really in comparison to some of the other provinces.

Prof. Hastings: Mr. Justice Hall noted that the provinces came into the medicare program, as they did to hospital insurance, over a period of time; they did not all come in at once. Now I suspect this would happen here as well. There are ideological and practical reasons why that might occur.

But you know, the alternative of doing nothing is to see, over time, the rationing kind of thing. It is going to come to us unless we are prepared to look at different ways of doing things in our system, building in some of these trade-offs; otherwise, indeed, we are going to have difficulty coping with the costs down the road.

So that is why we are saying to act now, rather than wait till the disaster is on us, while we have some flexibility and some time. And compared to most other countries they are still comparatively well off.

Mrs. Killens: Thank you very much, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Madam Killens.

And thank you very much, Professors Vayda and Hastings, for being with us today. We are sorry to have held you up a wee bit this morning. We hope you can still make your plane. It has been very interesting and informative.

Prof. Hastings: Thank you.

Prof. Vayda: Thank you for the opportunity to appear before you.

The Chairman: I would like to welcome Dr. Hugh Tildesley and the Canadian Association of Interns and Residents before us this morning. I apologize for being a bit late in our schedule, but it is kind of a once in a rare time that we have the opportunity to hear Mr. Justice Hall. That was the situation.

Perhaps you would be good enough, doctor, to introduce your colleagues.

Dr. Hugh Tildesley (President, Canadian Association of Interns and Residents): With me are Dr. Brian Conway from

[Translation]

la suppression. Si nous devons retenir votre suggestion, je crains à nouveau une disparité pour la province de Québec.

M. Vayda: Vous en êtes manifestement beaucoup plus consciente que moi. Je crois que la province de Québec mérite des félicitations pour ce qu'elle a fait depuis 10 ans, car elle a tenté de mettre sur pied un certain nombre de centres de santé communautaires. Elle a pris beaucoup d'autres mesures innovatrices touchant la santé publique.

On peut par exemple se demander si l'adoption d'incitatifs n'entraînerait pas la même chose qui s'est produite dans les provinces où il y avait déjà une assurance-hospitalisation, c'est-à-dire où l'on a utilisé ces paiements incitatifs pour défrayer d'autres programmes déjà en place. Je trouve intéressant de voir que le Québec a déjà adopté certaines des mesures que nous proposons et ce, sans paiement incitatif, ce qui les place à l'avant-garde par rapport à certaines autres provinces.

M. Hastings: Le juge Hall a fait remarquer que les provinces n'ont pas toutes adhéré au régime d'assurance-santé en même temps; elles l'ont adopté chacune à son tour comme elles avaient fait pour l'assurance-hospitalisation. La même chose se produirait sans doute de nouveau. Il y a d'ailleurs des raisons idéologiques comme pratiques qui l'expliquent.

Si l'on ne fait rien, on devra à plus ou moins brève échéance faire face au rationnement. Ce sera inévitable à moins que nous ne soyons disposés à envisager plusieurs façons de faire des choses avec notre système, en y ajoutant certaines compensations, sinon on risque d'être incapable de faire face aux coûts à l'avenir.

Voilà pourquoi nous vous demandons d'agir maintenant plutôt que d'attendre la catastrophe car en ce moment, nous avons encore une certaine latitude et un peu de temps. D'ailleurs, comparés à la plupart des autres pays, ils ne sont pas encore à plaindre.

Mme Killens: Je vous remercie beaucoup, monsieur le président.

Le président: Merci, madame Killens.

Merci beaucoup, messieurs les professeurs Vayda et Hastings, d'être venus nous rencontrer aujourd'hui. Nous sommes désolés de vous avoir retardés un peu ce matin. Nous espérons que vous pourrez quand même prendre votre avion. La réunion a été très instructive et très intéressante.

M. Hastings: Merci.

M. Vayda: Je vous remercie de nous avoir permis de comparaître devant vous.

Le président: J'accueille maintenant le Dr Hugh Tildesley de la *Canadian Association of Residents and Interns*. Je m'excuse de notre retard, mais ce n'est pas tous les jours que nous avons l'occasion d'entendre le juge Hall.

Auriez-vous l'obligeance de présenter vos collègues s'il vous plaît.

Dr Hugh Tildesley (président, Canadian Association of Interns and Residents): Je suis accompagné du Dr Brian

[Texte]

the *Fédération des médecins résidents et internes du Québec*; Cindy Whitman, who is a member of the CAIR executive; Dr. Daniel Larose, who is an executive member of the FMRIQ; Dr. Derryck Smith, who is a member of the CAIR executive; Mr. Jeffrey Sack, our legal counsel; and Mr. Jim MacDonald, our legal counsel as well.

The Chairman: Doctor, we have received your somewhat detailed brief this morning. Thank you very much. We do not particularly want to rush you at all, but we ordinarily ask for a summary of your position and then we will have some questioning after that.

Dr. Tildesley: First, I would like to thank you very much for giving us the opportunity to address this committee on what we consider a very important issue, an act on Canada's foremost social program.

I represent over 4,600 salaried doctors who are in training from the provinces which provide post-graduate training, and I am accompanied by representatives of over 1,800 young doctors from Quebec.

• 1215

Let me say at the outset that we support medicare. We represent a new generation of doctors who have been brought up and educated in the system. We support the institution of medicare and the principles that are being defended by the proposed Canada Health Act.

We are not here today to ask you to give us a right to practise medicine. In fact, the provinces and our training provide that right. Having said this though, we are asking for the right, once we have obtained the necessary qualifications to practise medicine, to practise within medicare. It is our opinion that as a consequence of provisions in the Canada Health Act a doctor who is duly qualified, and this qualification is rewarded by the provinces, but who is denied the right to provide insured services will effectively be denied the right to earn a living. We feel that this is a matter of fundamental fairness. Doctors should have the right to practise in medicare on equal terms and without discrimination.

The bill contains various conditions which provincial health plans must meet to be eligible for federal funding. Although the bill sets out to ensure patient rights in medicare, including access, there is no provision which guarantees doctors the right to provide services in medicare.

We have circulated our amendment to you, and if I could refer you to page 2 in the executive summary . . . Most of you should have received our first brief a couple of weeks ago when we first presented our proposed amendment. In our discussions with the Canadian Health Coalition we have made a minor change in the amendment which I would like to draw to your attention. That would be Clause 5, and where we list in the Bill paragraph 12(e) of the proposed Canada Health Act. We have on the third line added a new phrase: "anywhere in the

[Traduction]

Conway de la *Fédération des médecins résidents et internes du Québec*, de Cindy Whitman, membre du conseil exécutif de la CAIR, du Dr Daniel Larose, membre de l'exécutif de la FMRIQ, du Dr Derryck Smith, membre du conseil exécutif de la CAIR, de M. Jeffrey Sack, notre conseiller juridique, et de M. Jim MacDonald, aussi conseiller juridique.

Le président: Docteur, nous avons reçu ce matin un mémoire assez détaillé. Nous vous en remercions beaucoup. Nous ne voulons pas vous presser, mais nous demandons généralement aux témoins de résumer leur position puis nous leur posons des questions.

Dr Tildesley: Je désire d'abord vous remercier de nous avoir donné l'occasion de venir discuter avec les membres du Comité de cette question très importante à nos yeux, à savoir un projet de loi sur le programme social le plus important du Canada.

Je représente plus de 4,600 médecins salariés qui sont en formation dans les provinces où se donne la formation postgraduée et je suis accompagné des représentants de plus de 1,800 jeunes médecins du Québec.

Je dois dire dès le départ que nous sommes en faveur de l'assurance-maladie. Nous représentons une nouvelle génération de médecins qui ont été élevés et instruits avec ce régime. Nous appuyons le concept même de l'assurance-maladie et les principes préconisés par la Loi canadienne sur la santé.

Nous ne sommes pas ici aujourd'hui pour vous demander de nous donner le droit de pratiquer la médecine. En fait, les gouvernements provinciaux et notre formation nous procurent ce droit. Cela dit, nous vous demandons le droit, une fois que nous sommes jugés compétents pour pratiquer la médecine, de pouvoir la pratiquer dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie. Nous croyons que les dispositions de la Loi canadienne sur la santé auront pour effet d'empêcher un médecin compétent et dûment accrédité par les provinces, de gagner sa vie si on lui refuse le droit de fournir des services dans le cadre d'un régime public. Nous croyons que c'est là une question de justice fondamentale. Les médecins devraient avoir le droit de pratiquer, en faisant partie du régime d'assurance-maladie, aux mêmes conditions que les autres et sans discrimination.

Le projet de loi prévoit divers critères que devront respecter les régimes d'assurance-maladie des provinces s'ils veulent obtenir des fonds du gouvernement fédéral. Même si le projet de loi vise à assurer les droits des patients à l'assurance-maladie, y compris l'accès à ce régime, aucune disposition n'assure aux médecins le droit de pratiquer dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie.

Nous vous avons distribué l'amendement que nous proposons et si vous permettez, j'aimerais vous renvoyer à la page 2 du sommaire. La plupart d'entre vous ont reçu notre premier mémoire il y a quelques semaines environ quand nous avons présenté notre projet d'amendement. Suite à des discussions avec la coalition canadienne pour la santé, nous avons apporté à notre amendement un changement dont j'aimerais vous faire part. C'est le paragraphe 5 où vous trouvez un paragraphe à l'article 12 du projet de loi canadien sur la santé. Nous avons

[Text]

province"; we can expand on that at a later date. I must again emphasize that this change was with consultations with other members of the community who we feel are supportive of our actions.

Without this amendment provinces could create a class of doctors who are opted out against their will. The consequence of this will be that some provinces could have a two-tiered medical system. This is not the philosophy of Canadian medicare; nor does it run consistent with the principles that we have been guided by by Mr. Justice Hall.

I know that this committee has addressed many problems in medicare, including compensation and cost control. I would like to take this opportunity to tell you that over the last decade we have fought for and won in many provinces the right for independent third-party binding arbitration as a means of settling our contractual disputes. We have found this a very successful way to negotiate.

Our purpose in appearing before this committee is to convey our strong wish that we as doctors will have the right to practise in medicare. Many groups will have been here before you to talk about extra-billing and opting out; we come before you to talk about opting in.

This is not an idle concern. The freedom of access to practise in medicare is already threatened in British Columbia. The provincial government there is restricting access in a number of ways: by confining duly qualified practitioners to practise in a particular geographic area, by restricting doctors as to the type of practice they engage in, by binding doctors into hospital-based practices and by excluding them from medicare practice in the province altogether. We are concerned that this trend will spread, the restrictions will fall to us. We are the generation who are committed to medicare; many more of us are women than before and we feel this will be discriminatory.

• 1220

I would now like to call on my colleague from Quebec, Dr. Daniel Larose, who will have some additional remarks.

Dr Daniel Larose (administrateur, Fédération des médecins résidents et internes du Québec): Merci.

Comme l'a dit mon collègue, la Fédération des médecins résidents et internes représente les jeunes médecins en formation au Québec. Nous sommes une association différente de CAIR, mais nous nous sommes joints à eux pour discuter du projet de loi sur la santé canadien.

Notre Fédération appuie les principes de l'assurance-santé tels qu'énoncés dans le projet, c'est-à-dire l'accessibilité, la transférabilité, l'universalité, l'intégralité et la gestion publique. Par contre, vous n'êtes pas sans savoir que depuis plus d'un an, au Québec, on utilise le régime d'assurance-santé de façon discriminatoire envers les jeunes médecins, et ceci

[Translation]

ajouté à la troisième ligne les mots: «n'importe où dans la province». Nous vous donnerons des détails un peu plus tard. Je répète que ce changement a été apporté à la suite de consultations avec d'autres membres de la collectivité qui appuient notre geste.

Sans une telle modification, les provinces pourraient créer une classe de médecins exclus contre leur volonté des régimes d'assurance-maladie. Cela aurait pour conséquence de créer dans certaines provinces deux catégories de service médical. C'est contraire aux principes mêmes du régime d'assurance-maladie canadien et cela contredirait les principes énoncés par le juge Hall.

Je sais que le Comité a étudié plusieurs des problèmes reliés au régime d'assurance-maladie, entre autres la rémunération et le contrôle des coûts. Je profite de l'occasion pour vous dire que depuis 10 ans, nous avons lutté pour le droit à un arbitrage indépendant et exécutoire pour régler nos litiges contractuels, droit que nous avons obtenu dans plusieurs provinces. Nous avons trouvé là un mode de négociation très heureux pour nous.

Si nous comparaissons devant votre Comité, c'est pour vous faire part de notre fervent désir de pratiquer la médecine dans le cadre d'un régime d'assurance-maladie. D'autres associations sont venues avant nous vous parler de la surfacturation et de la possibilité de retrait du régime alors que nous nous voulons vous parler de la possibilité d'adhésion.

Ce n'est pas un souci frivole. La liberté d'accès au régime d'assurance-maladie est déjà menacée en Colombie-Britannique. Le gouvernement provincial impose diverses contraintes à cet égard: en obligeant des médecins dûment accrédités à pratiquer dans une région géographique donnée, en limitant le genre de pratique des médecins, en obligeant les médecins à pratiquer dans les hôpitaux ou en les excluant carrément du régime d'assurance-maladie provincial. Nous craignons que cela ne fasse tache d'huile et que nous ne soyons victimes de ces restrictions. Nous faisons partie de la génération qui tient à l'assurance-maladie; les femmes sont beaucoup plus nombreuses parmi nous qu'auparavant et nous croyons que cela aura un effet discriminatoire.

J'aimerais maintenant demander à mon collègue du Québec, le Dr Daniel Larose, de vous faire part de ses réflexions.

Dr. Daniel Larose (Administrator, Fédération des médecins résidents et internes du Québec): Thank you.

As my colleague has said, the *Fédération des médecins résidents et internes du Québec* is representative of young doctors in training in Quebec. We are a different association from the CAIR, but we have joined them to discuss the Canadian Health Act.

Our federation supports the principles of health insurance as they are set out in the bill, that is accessibility, transferability, universality, integrity and public management. On the other hand, you certainly know that for over a year now, in Quebec, the health insurance plan has been used in a discriminatory fashion against the young doctors and this, in our opinion,

[Texte]

pourrait constituer, à notre avis, un dangereux précédent qui pourrait s'étendre non seulement au Québec, mais aussi au reste du Canada.

Notre foi dans le système de santé canadien nous oblige à nous assurer du droit de nos membres de participer au régime de santé tel que nous le connaissons actuellement et ce, sans aucune discrimination. Sans cela, l'existence même du système de santé canadien est mise en péril, à notre avis. Nous sommes conscients des problèmes de la distribution des effectifs médicaux, et c'est pourquoi nous travaillons depuis bientôt deux ans, de pair avec le gouvernement provincial, afin de trouver des solutions à ce problème.

Merci.

The Chairman: Thank you, doctors. We will start the questioning with Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I want to welcome many of my colleagues or future colleagues to this meeting today. I appreciate the fact that they have come to us with an idea which is certainly unique, inasmuch as no other groups has come before us so far, or I doubt will, to express the concerns which you are expressing regarding the rights that trained and licensed physicians should have to practise with a certain degree of freedom.

I cannot find fault with that. I do not have any legal background. Perhaps some of my legal colleagues on the committee, such as Mr. Lachance, may be able to question you on this in a more effective manner than I can. I want to suggest that I would support your concerns. I can appreciate that you, as physicians coming newly and recently in the practice of medicine, want to be able to be assured of a place to practise, and I cannot fault you for that.

I have read your proposed amendment to the act. I take it that you would want us, as a committee, to recommend and include that as an amendment coming out of this committee, and to go back to the House of Commons for approval in the final bill. Unless I am persuaded otherwise, I would certainly be willing to endorse your suggestion.

I would like to get on to something which is a corollary to what we have been discussing, and that is the right of physicians to practise with a certain degree of freedom and look at it from the point of view of the patient. I do not blame you for being a little bit selfish and looking at it from your point of view, given your position in your profession at the moment. Let me for a moment look at it from the point of view of the patient living in the Province of Quebec, for instance.

I am concerned that, if I were a patient living in Quebec and I chose to go to a physician who happened for his own good reasons to be opted out of the plan, I as a taxpayer in this country would not be reimbursed one iota for the cost of my medical care just because I had chosen to go to a physician who was not in the plan. I wonder whether you would like to

[Traduction]

could constitute a dangerous precedent which might not only gain strength in Quebec but also the rest of Canada.

Our faith in the Canadian health system makes it necessary for us to ensure the right of our members to participate in the health plan as we presently know it without any discrimination. Otherwise, the existence itself of the Canadian health system is in danger, in our opinion. We are conscious of the problems there are with the distribution of medical human resources and that is why, for almost two years now, we have been working hand in hand with the provincial government in order to find a solution to this problem.

Thank you.

Le président: Merci, messieurs. Le premier intervenant sera le Dr Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. J'aimerais souhaiter la bienvenue à plusieurs de mes collègues ou futurs collègues qui sont ici présents aujourd'hui. J'apprécie le fait qu'ils nous présentent une idée qui est certainement unique en son genre puisque aucun autre groupe passé ou futur, je le crois bien, ne viendra exprimer les préoccupations que vous nous faites comprendre aujourd'hui concernant les droits qu'ont les médecins formés et accrédités comme tels de pratiquer avec une certaine liberté.

Je n'ai rien à redire à cela. Je ne suis pas avocat. Peut-être quelques-uns de mes collègues férus de droit, comme M. Lachance, pourraient-ils vous poser des questions à ce sujet qui seraient beaucoup plus efficaces que les miennes. Cependant, je tiens à vous dire que je suis d'accord avec vous en principe. Je comprends bien que vous, en qualité de nouveaux médecins qui viennent à peine de débiter dans cette pratique de la médecine, voulez être sûrs d'avoir un endroit où pratiquer vos talents et je ne trouve rien à redire à ce niveau.

J'ai lu l'amendement que vous proposez au projet de loi. Je crois bien que vous aimeriez voir notre Comité adopter cette recommandation et l'inclure dans les amendements que nous adopterons afin qu'ils fassent partie intégrante du projet de loi que nous présenterons à la Chambre des communes pour son approbation. À moins qu'on ne réussisse à me convaincre du contraire, je voterai certainement en faveur de votre proposition.

J'aimerais parler du corollaire de ce qui fait l'objet de nos débats, c'est-à-dire le droit du médecin à pratiquer avec une certaine liberté, pour envisager cette question du point de vue du patient. Je ne vous blâme pas d'être un peu égoïste et de considérer la chose de votre point de vue, étant donné l'échelon où vous vous trouvez dans votre profession pour le moment. Permettez-moi cependant de considérer cette question du point de vue du patient qui vit dans la province de Québec, par exemple.

Ce qui me préoccupe, c'est que si j'étais un patient vivant au Québec et que je décide d'aller voir un médecin qui, pour toutes sortes de bonnes et valables considérations qui lui sont connues, avait décidé de ne pas participer au régime, moi, contribuable comme tout le monde, je ne me verrai pas rembourser un seul centime pour ces soins médicaux tout

[Text]

comment on that kind of restriction of freedom of the patient. After all what we are talking about here is in the end run for the benefits of the patients, not really for the benefit of physicians. Looking at it from the point of view of the patient, how do you feel about the present Quebec plan, under which patients who have paid their taxes are not entitled to any remuneration if they go to a physician who is outside the plan for whatever reason?

Dr. Tildesley: Perhaps I could answer that from a general point of view and then refer to my Quebec colleagues who are more familiar with the Quebec situation.

Our amendment follows along that same line; that is, we feel there should be equality in the medicare system; there should be no barriers to access to health care. We are very worried that provincial governments may be using medicare as a tool to solve some problems they perceive they have; the effect of their solution will be a two-tier system and we are not supportive of that.

• 1225

Dr. Larose: Maybe I could just answer your question partially. What you are saying, I think for Quebec at least, is partially right, but in practice I think only five or six doctors are out of the system. The practice of medicine in Quebec makes it almost impossible for any doctor to practice outside the system. I know personally that two out of the six are people who had a great reputation, but the others I think in practice cannot do it. Our federation took a position on opting out and we are firmly against it. We are against opting out.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I can appreciate the fact that they have taken that position in Quebec. Principles mean a lot to me I rather than just an opportunism. I am worried to think that physicians, colleagues of mine would feel as a taxpayer one should be denied my fair dues just because I happen to go to a physician who has reasons to be opted out. I am a little disappointed that the witnesses state that their group has taken that position.

Let me go one step further in the same area. This bill is obviously a bill which, by the way it is written, is excluding the availability of any other funds to help fund the system. It means that government is becoming more and more completely in control of the whole health care system. And you know there is an old aphorism, that I am sure all of you are aware of, that he who pays the piper calls the tune. If we allow the government to be the sole payer and the sole source of funds, Mr. Chairman, can our witnesses be at all surprised if they start to tell you where you are going to practice? It is just common sense. I am surprised that, bright as you people are,

[Translation]

simplement parce que j'avais choisi d'aller voir un médecin qui ne participait pas au régime. Je me demande si vous pourriez nous entretenir de cette restriction de la liberté du patient. Après tout, ce dont il s'agit ici, à long terme, c'est le bien-être du patient, pas vraiment le bien-être des médecins. Pour envisager la chose du point de vue du patient, que pensez-vous du régime actuellement en vigueur au Québec, en vertu duquel les patients qui ont tout de même payé leurs taxes n'ont pas droit à aucun remboursement s'ils décident d'aller voir un médecin qui ne participe pas au régime, pour quelque raison que ce soit?

Dr. Tildesley: Peut-être pourrais-je répondre de façon générale pour ensuite demander à mes collègues du Québec, qui connaissent mieux la situation dans cette province, de vous dire quelques mots.

Notre amendement suit sensiblement la même ligne de pensée; c'est-à-dire que nous croyons qu'il devrait y avoir égalité au sein du système d'assurance-maladie; qu'il ne devrait exister aucun obstacle interdisant l'accès aux soins. Les gouvernements provinciaux qui se servent peut-être de l'assurance-maladie comme outil pour résoudre certains problèmes par eux perçus nous inquiètent beaucoup; le résultat net de la solution adoptée alors sera un système à deux paliers et nous ne sommes pas du tout en faveur de cela.

M. Larose: Puis-je vous répondre en partie. Ce que vous dites, du moins au sujet du Québec, est partiellement juste, mais dans les faits, je crois qu'il n'y a que cinq ou six médecins qui se soient retirés du régime. En effet, il est presque impossible pour un médecin de pratiquer hors du régime à cause de la façon dont on pratique la médecine au Québec. Je sais personnellement que deux des six médecins qui se sont retirés jouissaient d'une grande réputation, mais les autres, en fait, ne peuvent pas se le permettre. Notre fédération a adopté une position sur le retrait, à savoir que nous nous y opposons fermement. Nous nous opposons au retrait.

M. Halliday: Monsieur le président, je comprends qu'on ait adopté cette position au Québec. Les principes pour moi ont beaucoup plus d'importance que l'opportunisme. Je m'inquiète à la pensée que des médecins de mes collègues pensent que comme contribuable, je pourrais me voir refuser ma juste part, tout simplement parce qu'il se trouve que je suis allé voir un médecin qui avait des raisons de se retirer du régime. Je suis un peu déçu d'entendre les témoins affirmer que c'est là la position adoptée par leur groupe.

Permettez-moi d'aller encore plus loin dans la même veine. Ce projet de loi, vu la façon dont il est rédigé, exclut manifestement le recours à toute autre source de financement pour le régime. Cela signifie que le gouvernement prend de plus en plus complètement le contrôle de tout le régime de soins de santé. Vous connaissez tous, j'en suis persuadé, le vieux dicton qui dit que celui qui paie les violons choisit la musique. Si nous permettons au gouvernement d'être le seul à payer les violons, la seule source de financement, monsieur le président, nos témoins ont-ils à s'étonner que celui-ci commence à leur dire où il vont pratiquer la médecine? C'est une question de bon

[Texte]

you really have not learned from the history of what goes on in politics, not only in this country but around the world, that indeed he who pays the piper does call the tune. We know that for sure. Surely you are not being rational. One moment you want to have the one single payer, and yet at the same time you are going to object to the fact that he is going to tell you where you are going to practice. That is what is going to happen.

Dr. Tildesley: There are two very important points that, I think, would clarify this situation.

Number one, being in medicare does not guarantee anything but a right to practice in the plan. It does not guarantee us a salary; it does not guarantee that we are going to survive. It just guarantees us an access to a system. That is what we want. We are not asking you to guarantee us a minimum wage, or anything like that; what we are asking is to have a chance to see patients, who subscribe to our care, to be covered in medicare. That is what we are asking. So I think the philosophy of the system would say that that is fair.

We do not consider ourselves as government employees per se. We consider ourselves as participants in the plan that has a philosophy. We see that by not allowing this into the plan will be an erosive factor. This is very important to us.

Mr. Halliday: Mr. Chairman.

The Chairman: One more question right now.

Mr. Halliday: Another allied question. I am not sure that Dr. Tildesley has yet convinced me of that argument. However, the next question is this: We all recognize the fact there are difficulties in getting physicians into the poorly served areas of the country, whether they be rural areas or northern areas and this has become manifest now in what is happening in British Columbia, and your concerns about Quebec, the threat you are having there. What would you recommend as a positive way to encourage the better servicing of these presently inadequately serviced areas? Ontario, for instance, you may know has a plan that, I think, works reasonably well. They have some positive incentives. They pay a bit more. What mechanism do you in fact as a group favour to look after the people who live in these rural and under-served areas at the present time?

Dr. Tildesley: Perhaps I could refer you to page 8 of our brief.

Mr. Halliday: The last brief?

Dr. Tildesley: Yes, the current one. We think, let us apply imagination to this problem because we recognize it is a problem. Do not legislate away civil rights to solve a problem. That is a nice short-term solution, but it has tremendous long-term ramifications.

[Traduction]

sens tout simplement. Je suis surpris que des gens aussi intelligents que vous n'aient pas vraiment appris de l'histoire de ce qui se passe en politique, non seulement au pays, mais partout dans le monde, qu'en effet, celui qui paie les violons choisit la musique. C'est un fait certain. Vous n'êtes vraiment pas très raisonnables. Un instant, vous souhaitez qu'il n'y ait qu'un seul payeur, et pourtant, par la même occasion et, vous vous opposez au fait qu'il va vous dire où vous devez pratiquer. Pourtant, c'est ce qui va se produire.

Dr. Tildesley: Deux points très importants, je crois, éclairciraient cette situation.

Tout d'abord, le fait d'appartenir au régime de santé ne garantit rien d'autre que le droit de pratiquer dans le cadre du régime. Cela ne vous garantit pas un salaire; cela ne vous garantit pas que vous allez survivre. Cela nous garantit tout simplement l'accès au régime. C'est ce que nous voulons. Nous ne demandons pas qu'on nous garantisse un salaire minimum ou quoi que ce soit du genre; ce que nous demandons, c'est que les patients que nous voyons, qui se prêtent à nos soins, soient assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie. C'est ce que nous demandons. Je crois donc qu'en vertu de la philosophie du régime, on conviendrait que c'est juste.

Nous ne nous considérons pas comme des employés de l'État. Nous nous considérons comme des participants à un régime fondé sur une philosophie. Nous estimons que c'est un facteur d'érosion que de ne pas permettre cette disposition dans le cadre du régime. Or c'est très important pour nous.

M. Halliday: Monsieur le président.

Le président: Une dernière question maintenant.

M. Halliday: Une autre question dans la même veine. Je ne sais pas au juste si le Dr. Tildesley a jusqu'à présent réussi à me convaincre de cet argument. Toutefois, voici ma question suivante: nous admettons tous qu'il est difficile d'orienter les médecins vers les régions mal desservies du pays, que ce soit des régions rurales ou des régions du nord, et cela devient évident à la lumière de ce qui se passe actuellement en Colombie-Britannique, et à la lumière de vos préoccupations au sujet du Québec et de la menace qui plane sur vous là-bas. Quelle mesure positive pouvez-vous nous recommander en vue de favoriser de meilleurs services dans les régions actuellement desservies de façon inadéquate? Vous savez peut-être par exemple que l'Ontario a un programme qui fonctionne assez bien, je crois. On a adopté quelques mesures positives d'encouragement. On paie un peu plus. Quel mécanisme votre groupe favorise-t-il en vue d'offrir des soins à ceux qui habitent ces régions rurales et mal desservies à l'heure actuelle?

Dr. Tildesley: Peut-être puis-je vous renvoyer à la page 8 de notre mémoire.

M. Halliday: Le dernier mémoire?

Dr. Tildesley: Oui, le mémoire actuel. Nous croyons qu'il faut faire preuve d'imagination, car nous admettons qu'il y a un problème à ce niveau. Ne supprimez pas certains droits de la personne pour résoudre un problème. Cela semble parfois une solution à court terme, mais à long terme les répercussions sont parfois énormes.

[Text]

[Translation]

• 1230

We applaud the incentive programs which are present in many forms throughout Canada. Probably the most successful one is in northern Ontario, the Inter-services Area Program administered by Dr. Copeman. As a matter of interest, I was a member of his program in northern Ontario. I was in general practice there for three years. I found it very helpful to be able to go to his department, for him to wed me and my personal interests and skills with a community that badly needed them. I was very happy under that program. Not only do you take care of some very important details for someone starting out in practice, there is a conscious effort to make us satisfied in that community.

There is that aspect, but there is also the aspect of training. One has to remember that the training of doctors takes place in urban centres, and I think there is a natural tendency for one to stay close to the womb. Would it not make sense to have rotations, for both undergraduate and post-graduate medical trainees, to areas that are perhaps more remote? Nevertheless, there are still sick people there who need to be taken care of. There are some excellent physicians who are out in the rural areas of this country who would just love the chance to teach. Would it not make sense to rotate some of us into those areas so that we can be exposed to the practice and the lifestyle? I think a tendency to attract someone to these northern communities would then be far easier.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, perhaps I could get one of the other members from Quebec on the delegation to comment on why this has not happened in Quebec. They have gone a different route.

The Chairman: All right. Perhaps the gentleman from Quebec or someone else could answer.

Dr. Larose: We have already done what my colleague was talking about. We started about 18 months ago to work with the government to try to put together electives in the northern part of Quebec, and we are having another meeting in March with them. The four deans in Quebec agreed with that elective and the corporation also is in favour of that. So we are trying to put that together. A month or two is what we are talking about; a month or two for residents and interns, especially those in family practice who would like to go there. We think that we can start those electives in September.

The experience we have had with the program of family medicine... People who were urban citizens before like the places where they are now working, places such as Blanc Sablon in Quebec. That kind of practice can be interesting, especially for a family doctor, but also for specialists. The resources are there but we do not get to know them. In the four or five years you are in medical school you never hear about

Nous applaudissons aux programmes d'incitation appliqués sous diverses formes en ce moment au Canada. Celui qui a le plus de succès, vraisemblablement, est celui qui est appliqué dans le Nord de l'Ontario, le programme appelé *Inter-Services Area Program* administré par le Dr Copeman. À ce propos, je puis vous dire que j'ai participé à son programme du Nord de l'Ontario. J'exerçais depuis déjà trois ans, à titre de généraliste. J'ai trouvé très utile de pouvoir m'adresser à son service, et qu'il puisse mettre mes compétences au service d'une collectivité qui en avait terriblement besoin. Je dois dire que j'ai été entièrement satisfait de l'application du programme. Non seulement il s'occupe de détails très importants pour quelqu'un qui commence une clientèle, mais il y a aussi un effort conscient qui est fait pour nous donner satisfaction au sein de la collectivité.

Il y a donc cet aspect qui compte, mais il y a aussi celui de la formation. Il faut se souvenir de ce que la formation des médecins a lieu dans des centres urbains, et il y a une tendance naturelle à ne pas s'écarter de la mère. Ne serait-il pas utile d'avoir un système de roulement, à la fois pour les étudiants du premier cycle et pour les diplômés aspirant à la carrière de médecin, roulement qui concernerait des zones peut-être plus reculées? Il y a toujours, dans ces régions, des malades qui ont véritablement besoin que l'on s'occupe d'eux. Il y a par ailleurs d'excellents médecins installés dans les zones rurales qui seraient ravis de pouvoir enseigner. Ne devrait-on donc pas nous faire nous succéder dans ces régions, afin que nous nous familiarisions avec la pratique du médecin de campagne et avec le style de vie de ces zones? Je pense qu'il serait ensuite beaucoup plus facile d'attirer les médecins dans ces localités du Nord.

M. Halliday: Monsieur le président, peut-être qu'un des autres membres de la délégation du Québec pourrait nous expliquer pourquoi cela ne s'est pas fait de cette façon dans cette province. Je crois que la méthode adoptée a été différente.

Le président: Très bien. Le délégué du Québec pourrait peut-être répondre, ou quelqu'un d'autre.

M. Larose: Nous avons déjà fait ce dont parlait mon confrère. Il y a dix-huit mois, en collaboration avec le gouvernement, nous avons essayé de créer des cours facultatifs dans le Nord du Québec, et nous aurons une autre réunion au mois de mars pour cela. Les quatre doyens du Québec étaient d'accord avec l'idée, de même que la corporation. Nous voulons donc mettre ça en route. Nous pensons à un mois ou deux; un mois ou deux pour les médecins résidents et les internes, notamment ceux qui font de la médecine de famille et qui aimeraient y aller. Nous pourrions sans doute commencer au mois de septembre.

L'expérience que nous avons pu faire en matière de programme de médecine de famille... les personnes qui vivaient auparavant dans des villes aiment maintenant les lieux où ils travaillent, comme Blanc Sablon au Québec. Ce genre de pratique médicale peut être très intéressante pour le médecin de famille, mais également pour certains spécialistes. Tout est là mais souvent on ne le sait pas. Pendant les quatre ou cinq

[Texte]

practices in rural regions—even in your training as a resident you do not.

Dr. Brian Conway (Fédération des médecins résidents et internes du Québec): If I might just add very briefly, it has been shown over the past two years that a heavy-handed program of financial incentives and disincentives to answer a perceived problem of maldistribution just has not worked. It just underscores the importance of getting such programs as Dr. Larose has just mentioned into action as quickly as possible.

The Chairman: Thank you, doctor.

Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: Thank you. Actually I was going to ask the same question. In British Columbia we are certainly very concerned, we do not want Draconian measures, ordering people where they have to go. The New Democratic Party certainly opposes that very strongly. On the other hand, there is the very real problem of planning for future health needs, how to really put the needs of communities first and the needs of patients first, and how in particular to distribute the skill and knowledge and training that you people are getting. We talked before about the rural areas. I am interested particularly in the things we were talking about with the previous panel, and to what degree really trained doctors are interested in going into community innovations, doing much more work in the preventive field and also giving up some of their turf to nurses and to health aides and really working aggressively in that direction. I would imagine that most of you are interested in going into highly specialized fields of medicine that perhaps are better paid. Maybe that is a prejudice I have. I would be very interested to hear from some of you on that question.

• 1235

Dr. Derryck Smith (Executive, Canadian Association of Interns and Residents): Maybe I will answer that, since I am from British Columbia and maybe have a little more emotional feel for this issue, since I am working in a province where I may be denied a billing number, which effectively means that I will not be able to work within medicare in that province. I think you are right. There is a problem in B.C. The problem is there are too many physicians in urban areas. The government has decided that the way to address that issue is to remove our right to work within medicare. I find that somewhat ironic, representing a generation who wants to opt in to medicare, that we are being forced to opt out.

There are many innovative solutions that could solve the problem in British Columbia, other than legislating doctors out into the smaller communities by removing what I think are their civil rights. I think some of the measures are started in

[Traduction]

années où vous êtes étudiant en médecine, vous n'entendez jamais parler de la pratique du médecin de campagne—même pendant votre stage de résident.

M. Brian Conway (Fédération des médecins résidents et internes du Québec): Je pourrais peut-être ajouter rapidement que le programme extrêmement lourd mis en place depuis deux ans, destiné à encourager, ou à décourager, les solutions possibles à un problème généralement perçu de mauvaise répartition, j'aimerais dire que ce programme n'a tout simplement pas marché. Il a simplement fait ressortir la nécessité qu'il y a de lancer aussi rapidement que possible des programmes comme les a évoqués le Dr Larose il y a quelques instants.

Le président: Merci, docteur.

Madame Mitchell.

Mme Mitchell: Merci. Je voulais poser la même question. En Colombie-Britannique nous sommes très préoccupés par ce problème mais nous ne voulons pas de mesures draconiennes qui ne laissent aucun choix aux gens. Le Parti néo-démocrate s'oppose certainement à ce genre de mesures. D'un autre côté, il y a un véritable problème de planification de nos besoins médicaux à venir, c'est-à-dire de la priorité des besoins des collectivités et des patients, et donc de la répartition des compétences, des connaissances mais aussi des moyens de formation. On a parlé tout à l'heure des zones rurales. Je m'intéresse en particulier à ce dont on a discuté avec les témoins précédents et je voudrais savoir dans quelle mesure les médecins qui ont derrière eux une longue expérience s'intéressent à toute innovation communautaire, veulent travailler davantage dans le domaine de la prévention et également déléguer une partie de leurs responsabilités aux infirmières, aux aides soignantes et travailler de façon dynamique dans ce sens. Je suppose que la plupart d'entre vous préfèrent devenir spécialistes puisque ces emplois sont mieux rémunérés. Mais peut-être est-ce un préjugé de ma part. J'aimerais savoir ce que vous en pensez?

M. Derryck Smith (conseil exécutif, Canadian Association of Interns and Residents): Je pourrais peut-être répondre à cette question puisque je suis de Colombie-Britannique et que ce sujet me tient particulièrement à cœur, puisque je travaille dans une province où on me refusera peut-être un numéro de facturation, ce qui signifie en fait que je ne pourrai pas travailler au sein du système d'assurance médicale de cette province. Je crois que vous avez raison. C'est effectivement un problème en Colombie-Britannique. L'ennui, c'est que trop de médecins sont concentrés dans les régions urbaines. Le gouvernement a décidé que pour régler cette situation, il devait supprimer notre droit au travail au sein du système d'assurance médicale. Cela est quelque peu ironique surtout lorsque l'on sait que nous représentons une génération de médecins qui veut s'intégrer au système et non pas s'en désolidariser.

Il existe de nombreuses solutions innovatrices qui pourraient résoudre ce problème en Colombie-Britannique et qui ne consistent pas uniquement à adopter une loi qui pousserait les médecins à travailler dans les collectivités plus petites en

[Text]

B.C., such as northern incentive programs. But I do not believe the government has shown very much imagination in the solutions that are needed.

I can give a personal example from psychiatry, which is my speciality. There was a government report in 1979, the Black Report, which recommended that psychiatrists be trained in the Prince George area and the Prince Rupert area, where they need psychiatrists. That recommendation has never been implemented. That was five years ago. There have been endless discussions, but when it comes down to funding such positions they just never seem to happen. They have gone so far as to attract faculty who are prepared to teach residents in those communities, but they have never acted on that.

I think it is as previous speakers have mentioned, our physicians tend to gravitate to the areas they train in. If they do not know what Prince George is like, they are not going to go up there. If some of the training can be moved out to those peripheral areas by establishing satellites of medical schools or by establishing university-sponsored clinics, I think this is going to a long way to solving the problem. If you get attached to a community during your training period, you are likely to end up practising there. That is a much more palatable solution for us than removing the right to work.

I should also mention that we find it somewhat ironic that the province which is declaring there is a surplus of physicians in the metropolitan areas and removing our right to work is at the same time increasing the size of its medical school. I have not taken studies in logic, but that defies any reason I am aware of.

Dr. Tildesley: This underscores a problem that we as an organization have tried to address. That is manpower planning. We have initiated a group of interested people, including the federal government, the CMA, the Canadian College of Family Practice, the Royal College of Physicians and Surgeons and the deans of the universities to get together and have appropriate manpower data on medical students, undergraduates and post-graduate trainees along the course of practising medicine so that we get an idea as to what the trends are, how to get a handle on whether there is an over or under supply and how to best deal with it. To underline what Dr. Smith has said, if there is an over supply, let us turn off the tap at source, that is at medical school enrollment. Please do not spend eight to 15 years training a doctor, with all of that public and personal expense, to deny him a right to earn a living at the end of all that.

Dr. Cindy Whitman (Executive, Canadian Association of Interns and Residents): Maybe I could answer the last part of your question. You were asking about how doctors now feel about dealing with other health professionals and about looking at the role of other health professionals in the health

[Translation]

supprimant leurs droits civils. Certaines mesures ont été déjà adoptées en Colombie-Britannique comme les programmes d'encouragement à l'établissement dans le Nord. Mais je ne crois pas que le gouvernement ait fait preuve de beaucoup d'imagination dans le règlement de cette situation.

Je puis vous donner un exemple tiré de la psychiatrie qui est ma spécialité. En 1979, le gouvernement a publié un rapport, le rapport Black, qui recommandait que les psychiatres soient formés dans la région de Prince George et dans celle de Prince Rupert, régions qui ont besoin de psychiatres. Cette recommandation n'a jamais été mise à exécution et elle date maintenant de cinq ans. Des discussions sans fin ont eu lieu mais lorsqu'il s'agit de financer ces postes, tout semble voler en éclats. Ils ont même proposé d'attirer des enseignants qui seraient disposés à former les médecins résidents dans ces collectivités mais ils n'ont jamais appliqué cette recommandation.

Comme l'ont dit les témoins précédents, je pense que les médecins ont tendance à exercer dans la région où ils ont été formés. S'ils ne savent pas à quoi ressemble Prince George, ils ne vont pas y aller. Si une partie de la formation des médecins pouvait être assurée dans ces régions périphériques par la création des annexes de facultés de médecine ou des cliniques universitaires, je pense que cela contribuerait à résoudre le problème. Si vous vous attachez à une collectivité au cours de votre formation, il est fort probable que vous finissiez par y exercer votre spécialité. Cela est une solution beaucoup plus concrète que de nous supprimer le droit au travail.

Il nous semble également quelque peu ironique que la même province qui déclare qu'il existe un excédent de médecins dans les régions urbaines et qui retire notre droit au travail augmente par la même occasion l'importance de sa faculté de médecine. Je n'ai pas fait d'études de logique, mais cela défie l'imagination.

Dr Tildesley: Cela met en lumière un problème que notre organisation a essayé de résoudre. Il s'agit de la planification de la main-d'oeuvre. Nous avons créé un groupe d'intéressés, y compris le gouvernement fédéral, l'Association médicale canadienne, le *Canadian College of Family Practice* (Collège canadien des omnipraticiens), le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi que les doyens des universités, dont le travail consiste à recueillir les statistiques sur les étudiants en médecine, les étudiants de premier et de deuxième cycles ainsi que sur les stagiaires pour que nous puissions avoir une idée des tendances actuelles, savoir s'il existe une pénurie ou un excédent de médecins et comment résoudre le problème. Pour reprendre ce que le Dr Smith a dit, s'il existe un excédent, agissons à la base, c'est-à-dire lors de l'inscription des étudiants aux facultés de médecine. N'allez pas assurer la formation des médecins pendant 8 à 15 ans, et ce à grands frais tant publics que personnels, pour ensuite leur nier le droit d'exercer leur métier.

Mme Cindy Whitman (conseil exécutif, Canadian Association of Interns and Residents): Permettez-moi de répondre à la dernière partie de votre question. Vous nous demandiez comment les médecins réagissaient en face des autres professionnels de la santé et du rôle qu'ils pourraient jouer au sein du

[Texte]

care system. We spent some time talking about that and can certainly see an expanded role for nurses and also for other health professionals, physiotherapists and occupational therapists. All these people can work together as a team to improve the quality of care for Canadians.

Mrs. Mitchell: Yes, I would add to that lay people who are trained as health assistants. I know several communities in my riding where there are very large numbers of immigrants who do not speak English. It is very important to have the support of a warm person who can speak in their own language. It is probably more important sometimes than some of the specialized skills.

• 1240

I was going to come next, as a matter of fact, to the whole question of women in medical training and medical practice and the particular problems that are being faced and, I would imagine, as in most professions, a whole need for affirmative action—maybe affirmative action on your panel as well. If you say that there are so many more women who are students, why do you not have 50% in your group today?

But I just wonder, what particular concerns you might feel and what kinds of things we might be doing to encourage and assist more women in this practice. Certainly it is very much the desire, I think, of many women patients to have some access to women doctors.

Dr. Whitman: Certainly at this point there are more and more women all the time in medical school. I think the figure now is 43% of women in the present first-year class, which is a good thing and it has been very positive. As these women work their way up through the system I think we will see more and more women into the more senior levels.

I think the thing now that needs to be encouraged is to get women into the specialties. There are a lot of women doing family practice. The reason why you see only one woman here today is probably because there are fewer women in specialty programs who are training and who have an opportunity to belong to this organization for very long at a time.

One of the things we have done, as Dr. Tildesley mentioned, is to start this data bank or hopefully institute a data bank to follow trends. One of the problems I see is that people make assumptions that women do not practice as much or women practice in a different way. Women do different things in medicine. I worry about that; that women are being stereotyped even within medicine. A study like this with ongoing data will show us what women are doing and show us areas where we need to put our efforts into encouraging women to go. I think that would be a very important contribution to dealing with the problem.

[Traduction]

système médical. Nous avons discuté de cette question et les infirmières pourraient certainement jouer un rôle accru ainsi que les autres professionnels de la santé comme les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. Tous ces gens peuvent travailler ensemble en équipe pour améliorer la qualité des soins administrés aux Canadiens.

Mme Mitchell: Je voudrais également ajouter à cette liste les profanes qui ont reçu une formation d'aide soignante. Il existe plusieurs collectivités dans ma circonscription qui comptent de nombreux immigrants qui ne parlent pas anglais. Il est très important d'avoir l'appui d'une personne chaleureuse qui parle votre langue. Et parfois cela est peut-être encore plus important que certaines des compétences spécialisées.

D'ailleurs, la prochaine question que j'allais aborder, c'est celle des femmes dans le domaine de la médecine, de la formation médicale et les problèmes particuliers auxquels elles se trouvent confrontées, comme c'est le cas, je l'imagine, dans la plupart des professions. Il faudrait tout un tas de mesures d'action positive, peut-être même également de la part de votre groupe. Si comme vous le prétendez, il y a tellement plus de femmes qui sont étudiantes, pourquoi votre groupe n'est-il pas constitué aujourd'hui par moitié de femmes?

J'aimerais savoir quelles sont les questions qui vous préoccupent le plus et quel genre de choses nous pourrions, selon vous, faire pour davantage encourager et aider les femmes dans ce domaine. Il me semble que beaucoup de patientes aimeraient avoir accès à des femmes docteurs.

Dr Whitman: À l'heure actuelle, il est certain qu'il y a de plus en plus de femmes qui font des études de médecine. Il me semble d'ailleurs que la classe de première année compte maintenant 43 p. 100 de femmes, ce qui est une bonne chose. Et au fur et à mesure que ces femmes exerceront à l'intérieur du système, je pense que nous en verrons de plus en plus aux échelons supérieurs.

Je pense que ce qu'il faudrait faire maintenant, c'est encourager les femmes à se lancer dans les spécialisations. Il y a beaucoup de femmes qui font de la médecine générale. S'il n'y a qu'une seule femme ici aujourd'hui, c'est sans doute parce qu'il y a moins de femmes inscrites dans les programmes de spécialisation, qui sont en train d'étudier et qui ont l'occasion de faire partie pendant très longtemps de cet organisme.

L'une des choses que nous avons faites, comme vous l'a expliqué le Dr Tildesley, c'est que nous avons mis sur pied cette banque de données, ou du moins nous espérons pouvoir la créer afin de pouvoir suivre les tendances. L'un des problèmes que j'ai constatés, c'est que les gens ont l'impression que les femmes n'exercent pas autant leur profession que les hommes, ou alors qu'elles le font différemment. Les femmes font des choses différentes en médecine. Cela me préoccupe beaucoup... l'idée que les femmes sont stéréotypées même dans le domaine de la médecine. Une étude de ce genre, qui nous fournira régulièrement des données, nous permettra de voir ce que font les femmes et de voir dans quels domaines nous devrions encourager les femmes à se lancer. Je pense que cela contribuerait beaucoup à éliminer ce problème.

[Text]

In your brief, at the back, there is a summary about what women are doing now and the trends over the last couple of years as far as medical school goes. Hopefully over the next while there will be some improvement.

The Chairman: Mrs. Mitchell, I will go to Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Thank you, Mr. Chairman. In your original brief that you circulated some time ago, in the second paragraph of the first page you made the statement:

The proposed Canada Health Act (the "Bill"), introduced in Parliament by the Minister of National Health and Welfare, raises apprehensions on both counts.

It seems to me that is somewhat unfair and, if memory serves me, resulted in an unfortunate headline in the *The Toronto Globe and Mail*, that your group was against the Canada Health Act which is not true. Your critique of the bill is not for what is in it, but for what is not in it.

Dr. Tildesley: That is right. We cannot control the headlines in *The Globe and Mail* but . . .

Mr. McCauley: Yes, politicians recognize the problem.

Dr. Tildesley: —but really our point is that we are supportive of medicare and we are asking that we be consulted. We are glad to have this opportunity to come today for this consultative process so that we can add an amendment. I have added to the act an amendment which, we feel, will strengthen the act, will strengthen medicare, and is consistent with the five principles that are being enshrined with the passage of the Canada Health Act. I am glad you are giving me the opportunity to clarify that.

Mr. McCauley: The action of the Government of British Columbia—although the means may be unacceptable, the end is one that we all would support and, I am sure, you do as well. You have had some discussion with previous questioners with regard to what you can do to achieve the end. I am not sure that I have a handle on that as yet. For example, Dr. Smith talked about satellite training centres; I am not sure that, given the expense, that is a viable alternative. But there must be activities out there in the world, somewhere, whereby provincial governments have addressed, in a constructive way, the problems that you face. I recognize that there are real problems: you are in an isolated community; you do not have access to sophisticated medical technology, medical equipment, etc. etc.; you are isolated from your colleagues, you do not have a chance to talk, etc., etc. What is out there, in concrete terms, that would be a viable alternative, in your view?

[Translation]

A la fin du mémoire, il y a un petit résumé au sujet de ce que les femmes font à l'heure actuelle et des tendances qui ont été constatées ces dernières années au niveau des écoles de médecine. Nous espérons que nous verrons sous peu encore d'autres améliorations.

Le président: Madame Mitchell, je vais maintenant donner la parole à M. McCauley.

M. McCauley: Merci, monsieur le président. Dans votre premier mémoire, que vous avez fait distribué il y a un certain temps déjà, vous déclarez au deuxième paragraphe de la première page:

Le projet de loi canadienne sur la santé, qui a été présenté au Parlement par le ministre de la Santé et du Bien-être national, suscite certaines craintes à ces deux chapitres.

Il me semble que cela est quelque peu injuste, et si ma mémoire est exacte, cela a malheureusement donné lieu à la parution dans le *Globe and Mail* de Toronto d'un article qui disait que votre groupe s'opposait à la Loi canadienne sur la santé, ce qui est faux. Vos reproches à l'endroit du bill visent non pas ce que celui-ci contient, mais ce qu'il ne contient pas.

Dr Tildesley: C'est exact. Nous n'exerçons aucun contrôle sur ce que dit le *Globe and Mail*, mais . . .

M. McCauley: Oui, les politiciens connaissent bien le problème.

Dr Tildesley: . . . ce que nous disons, c'est que nous appuyons les soins de santé, mais nous aimerions être consultés. Et c'est pourquoi nous sommes heureux d'avoir eu l'occasion de venir aujourd'hui participer à ce processus consultatif afin de pouvoir ajouter un amendement. J'ai ajouté un amendement qui, selon nous, renforcera le projet de loi, renforcera les soins de santé et cadrera très bien avec les cinq principes qui seront enchâssés dans cette Loi canadienne sur la santé. Je suis heureux que vous m'ayez donné l'occasion d'éclaircir cela.

M. McCauley: Pour ce qui est de l'initiative du gouvernement de la Colombie-Britannique, bien que les moyens utilisés puissent être perçus comme étant inacceptables, la fin visée en est une que nous appuyerons tous et que vous aussi vous appuyerez, je pense. En réponse à certains de mes collègues, vous avez discuté des moyens éventuels d'atteindre ce but. Je ne suis pas sûr d'avoir tout saisi encore. Par exemple, le Dr Smith a mentionné les centres de formation par satellite. Étant donné les coûts élevés qu'entraînerait une telle mesure, je ne suis pas convaincu qu'elle soit une option rentable. Cependant, quelque part dans le monde, il doit y avoir des gouvernements qui auront résolu des problèmes auxquels vous faites face et ceci, de façon constructive. J'admets qu'il y a de véritables problèmes. Vous vous trouvez dans une collectivité isolée; vous n'avez pas accès à la technologie médicale, à l'équipement médical perfectionné; vous êtes isolé de vos collègues; vous n'avez pas les mêmes possibilités de communication, etc. Pourriez-vous me proposer une solution qui serait vraiment rentable et réaliste à votre sens?

[Texte]

[Traduction]

• 1245

Dr. Tildesley: I can make a few remarks. Then I would like Dr. Whitman, who has had experience in Newfoundland, talk about what they have done in that province.

Mr. McCauley: Now there is an isolated place!

Dr. Tildesley: As far as physician isolation from colleagues, etc., is concerned, that is a real problem, but it is soluble. Let us set up a situation such that, when you go to an isolated community, you are given a guarantee, not a financial one, you are given a guarantee of lifestyle; that is, you are given a guarantee that there is going to be a locum to replace you when you are gone for three or four weeks for a holiday and for continuing medical education, both of which are critical. Let us guarantee that.

I was in a position where I practised in northern Ontario for a community of 4,000 people, with a small, 30-bed hospital. There were three doctors when I arrived. Within a year there were two doctors. It was very, very hard to get time off. One was married to the community. I know it is hard to articulate it, but there was no time off. The only way really to get away from the phone and relax was to leave town—when you leave town, you are not available. One needs to have time off and that can be ensured by just setting up a locum registry.

Cindy, maybe you could talk about Newfoundland and some of the projects that have gone on there.

Dr. Whitman: Yes, indeed—a bit about a couple of different areas in Newfoundland. Mr. McCauley said that he thought the satellite medical school type thing, or clinic, was unworkable, but in Newfoundland we have a system whereby the family practice residents and all the medical students do time in what is called a cottage hospital. This is a small hospital, anywhere from four to thirty beds, staffed by family practitioners. People spend time there and learn what it is like to practise in a rural setting. It is not fair to take medical students who have only learned medicine in an urban setting and put them into a rural setting, where they do not have the skills to cope with the problems. Having them work with people who are in the community does help and has been quite successful in Newfoundland in getting Newfoundlanders working in small communities.

Some of the other things that Newfoundland has tried to do—and things are just starting to work now—are that they are making use of telecommunications technology to have continuing medical education programs on a continuous basis, so that people do not have to take weeks off at a time to come in to get some education. They get it in the community on a two-way communications network. The same process is used for consultations. If a physician is stuck out in the middle of nowhere, it is very difficult for him or her to deal with complex medical problems; if he or she has access to telephone consultation with specialists in the city in the tertiary care centres,

Dr. Tildesley: Je ferai quelques remarques après lesquelles le Dr Whitman, qui a connu le cas de Terre-Neuve, pourra vous parler des mesures prises dans cette province.

M. McCauley: En parlant d'endroit isolé!

Dr. Tildesley: Pour ce qui est du médecin isolé de ses collègues, c'est un véritable problème. Cependant, c'est un problème résoluble. Il s'agirait de donner aux médecins une garantie, non pas une garantie financière, mais une garantie de mode de vie. C'est-à-dire que l'on garantit qu'un remplaçant viendra prendre la relève pendant trois ou quatre semaines pour que le médecin puisse prendre ses vacances et continuer à se perfectionner dans son domaine, autant d'éléments critiques de son bien-être. Il faut que cela soit garanti.

Je me suis trouvé dans une ville du Nord de l'Ontario qui avait une population de 4,000 personnes et un hôpital avec 30 lits. Au moment où je suis arrivé, il y avait trois médecins. Dans l'année qui a suivi, il n'y en avait que deux. Il était extrêmement difficile de se libérer. On épousait la collectivité, en fait. Il est difficile de l'expliquer clairement, mais il n'y avait aucune possibilité de se libérer. Afin d'échapper au téléphone et de se reposer, il fallait quitter la ville et en quittant la ville, on n'était plus disponible. L'homme a besoin de ses heures de loisir et on peut les assurer en établissant une liste de remplaçants.

Cindy, vous avez peut-être quelque chose à dire au sujet de Terre-Neuve et certains projets qui s'y sont déroulés.

Mme Whitman: Certainement. Je vais vous parler un peu de quelques régions de la province. Tout à l'heure, M. McCauley déclarait qu'il trouvait l'idée d'une clinique ou un centre de formation médicale par satellite infaisable. Pourtant, à Terre-Neuve les résidents en médecine familiale et les étudiants en médecine travaillent dans un petit hôpital. C'est-à-dire un hôpital qui comprend entre quatre et trente lits, où le personnel est composé de praticiens en médecine familiale. C'est grâce au stage dans cet hôpital que l'on apprend à exercer son métier dans une ambiance rurale. Il serait injuste de prendre des étudiants de médecine qui ont fait leurs études dans un milieu urbain et les plonger dans un environnement rural sans les compétences nécessaires pour résoudre les problèmes. Le fait qu'ils puissent travailler avec les membres de la collectivité est très utile. Ces stages sont très réussis à Terre-Neuve car ils apprennent aux Terre-Neuviens le travail dans une petite collectivité.

De plus, on se sert de la technologie des télécommunications afin d'offrir des programmes de formation médicale de façon continue à Terre-Neuve. Ainsi, on n'est pas obligé de se libérer pendant des semaines afin d'aller faire des études. La formation est accessible sur place grâce à un réseau de communications dans les deux sens. Il en va de même pour les consultations. Le médecin qui se trouve en pleine brousse peut difficilement résoudre des problèmes médicaux compliqués. Toutefois, s'il peut avoir accès au téléphone pour consulter des spécialistes dans les centres de soins tertiaires en ville, c'est-à-dire dans les grands hôpitaux, il a la vie beaucoup plus facile.

[Text]

which are the big teaching hospitals, it makes it much easier to cope.

As well, along the same lines, it is very important, if a physician has a patient in one of these outlying areas who needs specialized attention and who cannot be dealt with in that area, that the patient be able to be evacuated. The Newfoundland government does have quite a good system of evacuation when the fog is not in, but it is very important that the practitioner be able to rely on being able to evacuate patients.

• 1250

Mr. McCauley: Are you suggesting that Newfoundland is leading the way in this field?

Dr. Whitman: Well, Newfoundland is always a half hour ahead.

Dr. Smith: Mr. McCauley, if I could just elaborate on my remarks on the satellite universities . . .

Mr. McCauley: Yes. Perhaps I have been unfair. Go ahead.

Dr. Smith: Yes. I think you were wondering whether this was going to require an elaborate infusion of funds to build a U of T up in the woods somewhere. I am not suggesting that at all. In fact, I think the facilities for training in satellite communities are already there, the hospitals that are already in place. We are simply . . .

Mr. Halliday: And the patients, too.

Dr. Smith: Yes. The patients are there. The hospitals are there. We are simply talking about taking trainees who are now clustered in major urban areas up to under-doctored areas to learn some of their skills in that setting. This will make them feel more comfortable to work in that setting ultimately. They will put down roots in those communities. If you are working in a community for your training, you are likely to end up buying a house there. You are going to make friends there. You are much more likely to end up practising in that location.

Mr. McCauley: Yes. Thank you for that clarification.

The Chairman: Last question, Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Dr. Tildesley, you said that you thought the point we should attack if we have too many doctors in the system is the medical schools. Do you think we should close down some schools? It has been suggested that Queen's should be closed down. I am sorry that Miss MacDonald is not here.

Dr. Tildesley: I am sure that if we could come to an agreement that there would have to be fewer medical students we would find a solution as to how to achieve that end, but I would leave it for another forum to decide whether schools should be closed down.

Mr. McCauley: Cop-out.

Dr. Conway: In the Province of Quebec a 5% cutback of enrolments has been implemented for the coming three years

[Translation]

Dans le même ordre d'idées, le patient qui a besoin de soins spécialisés dans une région reculée où il n'y a pas les ressources nécessaires doit être évacué par son médecin. Le gouvernement de Terre-Neuve a organisé un système d'évacuation qui est bon lorsqu'il n'y a pas de brouillard. Toutefois, il est très important que le médecin puisse évacuer des patients dans toutes les conditions.

M. McCauley: Est-ce que vous prétendez que Terre-Neuve est le chef de file dans ce domaine?

Mme Whitman: Terre-Neuve a toujours une demi-heure d'avance.

M. Smith: Monsieur McCauley, permettez-moi de préciser mes remarques sur la formation par satellite . . .

M. McCauley: Oui. Je n'ai peut-être pas été juste, allez-y.

M. Smith: Oui. Vous vous demandez s'il fallait une injection importante de fonds pour construire une université de Toronto quelque part dans la brousse. Ce n'est pas du tout ce que j'avais à l'esprit. En réalité, je crois que les moyens de formation par satellite existent déjà dans ces agglomérations, dans les hôpitaux qui sont déjà sur place. Tout simplement, nous . . .

M. Halliday: Et les patients aussi.

M. Smith: Oui. Les patients sont là, les hôpitaux aussi. Nous préconisons simplement prendre les stagiaires actuellement regroupés dans les grands centres urbains pour les envoyer dans les secteurs qui comptent moins de médecins afin qu'ils apprennent un peu leur métier dans cet environnement. Ils se sentiront plus à l'aise pour travailler dans ce milieu en fin de compte. Ils prendront racine dans ces collectivités. Si on travaille tout en étudiant dans une collectivité, bien souvent on y achète une maison. On s'y fait des amis. Vraisemblablement on finit par s'y établir.

M. McCauley: Oui. Je vous remercie de cette précision.

Le président: Ce sera votre dernière question, monsieur McCauley.

M. McCauley: Vous avez déclaré, docteur Tildesley, qu'il faudrait s'attaquer aux écoles de médecine si nous avons trop de médecins. Croyez-vous qu'il nous faille fermer ces écoles? On a proposé de fermer l'école de médecine de Queen's. C'est dommage que M^{lle} MacDonald ne soit pas ici.

Dr Tildesley: Je suis sûr que si nous pouvions convenir qu'il faut y avoir moins d'étudiants en médecine, nous trouverions la solution pour régler ce problème, mais je laisserais à une autre instance le soin de décider si ces écoles de médecine doivent être fermées.

M. McCauley: Vous vous défilez.

M. Conway: Au Québec, on a diminué de 5 p. 100 les inscriptions pour les trois prochaines années afin de commen-

[Texte]

as a beginning to try and address the problem that more and more people are perceiving has been addressed in an incorrect manner so far and has not solved the problem.

The Chairman: I will go to Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, the brief states that in Quebec there is discrimination against doctors who choose to practise in certain urban areas. I wonder if Dr. Larose or Dr. Conway could give us some very specific information for the record as to how that discrimination takes place because it has been left rather general so far.

Dr. Larose: Okay. On December 19, 1981 they passed Bill 27 and in June 1982 they applied the rules. The rule is that in the case of doctors who receive their licence number after June—that means July 1982 for those doctors—for their first three years of practice, if they took the map of Quebec and they put urban areas like Montreal, Quebec and Sherbrooke, when you charge you receive 70% of the fee. If it is \$10 for an act and you charge \$10, they will give you \$7. In what they call intermediate areas you will receive 70% if you work in a private office and you will receive 100% if you work in the hospital. In the north you will receive 100% whether you are in clinic or hospital, and in some small areas we have 115%. They are pretty far north.

We did a survey in May 1983 asking every member of the federation their decision after Bill 27 compared to before Bill 27. We had a good response. We had 1,100 answers on that, and it was about a year after the rules were applied so at least part of the emotion was out of it. The answer was that we do not have more people in those regions that need more doctors. The only thing was at least a big feeling of frustration and that a lot of people were now talking about getting to other provinces or the States. We are going to do another survey like that in May and try to verify that. So far the Government of Quebec has never given information about positive results.

Mr. Allmand: If I understand correctly then, it is a question of a penalty, a reduction of the standard rate, rather than a premium to practise in the north.

• 1255

By the way, I support your general proposal that you should be free to practise anywhere in the province, and I can see being opposed to the penalty; the cut. But would you be opposed to a premium system for those who practise in the north? We have in our income tax system—and it has been subject to some controversy recently—a special tax incentive for people who live north of 60, because of the high cost of living and so on. Are you opposed to a premium system for those at any age who practise in the north or in isolated areas?

[Traduction]

cer à régler ce problème, dont de plus en plus de gens se rendent compte qu'il a été réglé à tort jusqu'ici.

Le président: Je vais maintenant donner la parole à M. Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, il ressort du mémoire qu'il y a discrimination au Québec contre les médecins qui choisissent d'exercer dans certaines régions urbaines. Je me demande si le Dr Larose ou le Dr Conway pourrait nous donner des renseignements précis et s'ils peuvent nous dire, aux fins du compte rendu, quelle discrimination se fait car on en parle assez vaguement.

M. Larose: Très bien. Le 19 décembre 1981, la province adopta le projet de loi 27 dont le règlement d'application fut pris en juin 1982. Ce règlement prévoit dans le cas des médecins qui reçoivent leur numéro de licence après le mois de juin—autrement dit en juillet 1982 pour ces médecins—que pendant leurs trois premières années de pratique, s'ils exerçaient dans des régions urbaines comme Montréal, Québec et Sherbrooke, ils recevaient 70 p. 100 des honoraires. Si l'acte médical vaut 10\$ et si le médecin demande 10\$, il recevra 7\$. Pour les régions intermédiaires, il recevra 70 p. 100 de la somme s'il travaille dans un cabinet privé et 100 p. 100 s'il travaille dans un hôpital. Il recevra 100 p. 100 s'il travaille dans le Nord de la province, que ce soit dans une clinique ou dans un hôpital, et il recevra 115 p. 100 dans certaines petites localités. Il s'agit de localités reculées dans le Nord.

Nous avons fait un sondage en mai 1983 et nous avons demandé à chaque membre de la fédération quelle était sa décision après le projet de loi 27 par rapport à ce qui se passait avant le projet de loi. La réponse a été bonne. Nous avons reçu 1,100 réponses un an environ après que le règlement eut été appliqué, c'est-à-dire à un moment où les étudiants ont été plus ou moins calmées. La réponse était que nous n'avons pas plus de gens dans ces régions qui ont besoin de plus de médecins. Il y avait cependant une certaine frustration et beaucoup se disaient prêts à émigrer dans d'autres provinces ou aux États-Unis. Nous allons faire un autre sondage en mai pour vérifier cette dernière affirmation. Jusqu'à maintenant, le gouvernement du Québec n'a pas fourni de renseignements au sujet des résultats positifs.

M. Allmand: Si je vous ai bien compris, il s'agit d'une sanction, une réduction du tarif normal, plutôt qu'une prime accordée pour l'exercice de la médecine dans le Nord.

A ce sujet, j'appuie votre proposition générale portant que le médecin devrait être libre d'exercer n'importe où dans la province, et je puis comprendre qu'on s'oppose à la pénalisation, à la diminution du tarif. Est-ce que vous vous opposeriez, cependant, à ce qu'une prime soit accordée à ceux qui exercent dans le Nord? Notre régime—et cela a fait l'objet d'une controverse récemment—prévoit un encouragement fiscal spécial pour ceux qui vivent au nord du 60^e parallèle, à cause du coût de la vie qui y est élevé par exemple. Est-ce que vous vous opposez à un système de prime pour ceux qui, à n'importe quel âge, exercent dans le Nord ou dans des endroits éloignés?

[Text]

Dr. Larose: In December, when they were reading the law for the first time, I was a student at that time. We were saying, well, we do not think money incentives are a good way to get people into those regions. When I was in the federation, I was then an intern, and I tried to prove whether what we were saying at that time was right. At the same time Dr. Contandriopoulos, from the Montreal health administration faculty, was doing a paper, and he proved the same thing, that the best incentive is not money. About 75% of those not going to rural areas said that the main factor was not money. More than that, 75% of those who said they would not go said they would go there if a few incentives were put together; but they were not financial.

Of course, positive incentives will not hurt; that is for sure. We will not say they are not good. But we do not think that is the main... We believe if you do not know a region, there is no way someone born in Montreal and living in Montreal will take his luggage and go to Fermont if he does not know the region, even if you tell him he will make a fortune there. There is no way he will go.

Mr. Allmand: I agree with you and with the examples that were given by your colleagues that there are other ways of providing incentives, but I want to know whether you are opposed to financial incentives. It seems that you are not.

Dr. Larose: No.

Mr. Allmand: But you feel that there are better ways and that they should be combined with a mix of incentives.

Dr. Larose: Yes.

Mr. Allmand: Let me ask both your associations this. Are you opposed to—and this should be negotiated by the doctors in each province with their provincial government—a system where there would be variable rates for various services, depending on experience? For example, in the free-market system without a doubt a doctor, a lawyer, an accountant who has gained more experience or renown can charge a higher rate than the young lawyer, doctor, dentist, or whatever. You are paid for your experience. You are paid for your developing expertise. I have had doctors who have complained to me—they have been in practice for 30 years and they have done a lot of post-graduate education—that for the same procedure they get paid exactly the same as someone coming right out of medical school; and they put it to me as a lawyer whether we would be willing to accept that in legal practice. Do you see a place for negotiating variable rates, not based on where you live in the province, where you practise, but on the procedures, on experience... some variation?

Dr. Tildesley: We see that there has been a confusion, really, in this forum and in others arising from extra-billing and merit pay. Extra-billing per se is a phenomenon that has arisen out of a perception that some doctors perceive them-

[Translation]

M. Larose: J'étais étudiant en décembre, lorsque la Loi fut adoptée en première lecture. Voici ce que nous disions: nous ne croyons pas que des encouragements pécuniaires soient une bonne façon d'amener des gens dans ces régions. Lorsque j'ai fait partie de la Fédération, j'étais interne, j'ai essayé de vérifier si ce que nous disions à l'époque était juste. En même temps, le Dr Contandriopoulos de la Faculté de l'administration de la santé à Montréal publiait un exposé et prouvait la même chose, à savoir que le meilleur encouragement n'est pas l'argent. Soixante-quinze pour cent de ceux qui se rendent dans des régions rurales ont déclaré que le facteur principal n'était pas l'argent. Bien plus, 75 p. 100 de ceux qui ont déclaré ne pas vouloir s'y rendre ont dit qu'ils iraient si quelques encouragements étaient offerts, mais ces encouragements n'étaient pas d'ordre financiers.

Il est évident que des encouragements positifs ne nuiraient pas, c'est sûr. Nous ne disons pas qu'ils ne sont pas bons. Cependant, nous ne croyons pas que ce soit le principal... Nous sommes d'avis que si on ne connaît pas une région, quelqu'un qui est né à Montréal et qui y vit ne fera certainement pas ses bagages pour se rendre à Fermont, s'il ne connaît pas la région, même si on lui dit qu'il va y faire fortune. Il ne va sûrement pas y aller.

M. Allmand: Je suis d'accord avec vous et avec les exemples qu'ont donnés vos collègues, il y a d'autres moyens de les encourager, mais je voudrais savoir si vous vous opposez aux encouragements financiers. Il semble que non.

M. Larose: Non.

M. Allmand: Vous croyez cependant qu'il y a de meilleures façons de faire et qu'il faudrait un ensemble d'encouragements.

M. Larose: Oui.

M. Allmand: Permettez-moi de poser une question à vos deux associations. Est-ce que vous vous opposez—et il faudrait que ce soit négocié par les médecins de chaque province avec leur gouvernement provincial—à un système à taux variable pour divers services, selon l'expérience? Ainsi, par exemple, dans ce système du marché libre, il n'y a pas de doute qu'un médecin, un avocat, un comptable qui a acquis une certaine expérience ou un certain renom, peut exiger un tarif plus élevé que le débutant en droit, en médecine, en art dentaire ou autre. On vous paie pour votre expérience. On vous paie parce que vous êtes devenu expert. Certains médecins se sont plaints à moi—they exercent depuis 30 ans et ils ont même fait des études postdoctorales—mais pour le même acte médical, ils reçoivent exactement le même montant que le jeune médecin qui sort de l'école de médecine. Ils m'ont posé la question, étant donné que je suis avocat, est-ce que nous serions prêts, nous, à accepter ce régime chez les avocats? Est-ce que vous croyez qu'on pourrait négocier des taux variables, non pas fondés sur le lieu de résidence dans la province, le lieu de l'exercice de la médecine, mais sur les méthodes, l'expérience et d'autres variables?

M. Tildesley: Nous nous sommes rendu compte que la surfacturation et les honoraires selon le mérite ont créé beaucoup de confusion devant ce comité comme ailleurs. La surfacturation en soi est un phénomène tient à ce que certains

[Texte]

selves to be underpaid. One has to remember that many of the most highly trained and hard-working doctors are in tertiary-care hospitals. They earn a salary and work for far less money than their colleagues who are on a fee-for-service basis.

In answer to your question, we are in favour of fair and adequate remuneration and not merit pay *per se*; and that is the issue. That is really discussed at a provincial forum and it becomes very difficult to administrate. So we think that if the whole fee schedule at a provincial level is fair, the need for merit pay is pretty well removed.

• 1300

Mr. Allmand: I make the distinction between . . .

The Chairman: Sorry, Mr. Allmand, I think we will have to go on to Mr. Lachance for the final question.

M. Lachance: Merci, monsieur le président.

J'aimerais tout d'abord dire à l'Association canadienne des internes et résidents et à la fédération québécoise, qui entérine l'amendement proposé, que le Comité sait gré à l'Association de l'avis juridique qu'elle lui a fourni. Je pense que, par cet avis juridique, ils reconnaissent le dilemme constitutionnel auquel nous faisons face si nous voulons aller trop loin en ce qui concerne les contraintes imposées pour la réception des fonds fédéraux en vertu du pouvoir de dépenser. Je n'ai pas le temps, malheureusement, de discuter du fond de cet avis juridique, sinon pour signaler que nous en prenons note et que nous l'étudierons avec intérêt.

Monsieur le président, j'aimerais recommander que ce document que nous a remis l'Association soit annexé au compte rendu de la séance d'aujourd'hui, si le Comité le désire.

En ce qui concerne l'amendement lui-même, je n'ai qu'une seule remarque à faire. Je crains qu'il ne s'attaque aux symptômes plutôt qu'au problème réel qui est celui de la répartition géographique et des carences de médecins dans certaines régions périphériques du Canada. D'autre part, il faut bien accepter, comme le juge Hall le signalait ce matin, que les médecins, tout comme ceux qui travaillent dans les communications ou dans les transports, travaillent dans un domaine quasi monopolistique ou monopolistique. À cet égard, j'aimerais leur poser une seule question. En quoi l'amendement qu'ils proposent amènera-t-il une solution au problème réel d'un trop grand nombre de médecins dans certaines régions à forte concentration de population et d'un trop faible pourcentage de médecins dans des régions périphériques? Semble-t-il que, dans le cas de la fédération québécoise, on en discute avec les autorités du gouvernement du Québec. Comment cet amendement réglerait-il le problème? Est-ce que les négociations avec les gouvernements provinciaux ne constituent pas justement le forum approprié pour régler ce problème qui les préoccupe et qui justifie leur présence ici aujourd'hui?

Dr Conway: Je crois que vous avez parfaitement raison de délimiter le problème de cette façon-là. Je ne crois pas que

[Traduction]

médecins se voient sous-payés. Il faut se souvenir qu'un grand nombre de médecins qui sont les plus hautement diplômés et les plus travailleurs se trouvent dans les hôpitaux de soins tertiaires. Ils gagnent un salaire et travaillent pour beaucoup moins d'argent que leurs collègues qui gagnent des honoraires à l'acte.

Pour répondre à votre question, nous sommes en faveur d'une rémunération juste et adéquate et non pas pour l'honoraire selon le mérite en soi. Cette question a été vraiment débattue au niveau provincial et cela devient très difficile à administrer. Alors nous croyons que si le barème des honoraires est juste dans les provinces, on élimine la nécessité de la rémunération selon le mérite.

M. Allmand: Je fais une distinction entre . . .

Le président: Je regrette, monsieur Allmand, je dois maintenant passer à M. Lachance qui posera la dernière question.

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Chairman.

I would first of all like to indicate to the Canadian Association of Interns and Residents and the Quebec Federation, which supports the proposed amendment, that the committee is grateful for the legal opinion which the association has provided. I think that this legal opinion shows that they appreciate the constitutional dilemma facing us if we try to go too far with respect to constraints attached to receiving federal funds under the spending power. Unfortunately I do not have the time to discuss this legal opinion at great length, but I would like to indicate that we have noted it and will study it with a great deal of interest.

Mr. Chairman, I would like to recommend that document provided by the association be printed as an appendix to the Minutes of today's sitting, if the committee so wishes.

As far as the amendment itself is concerned, I have only one comment to make. I am afraid that it attacks the symptoms rather than the real root of the problem, namely geographic distribution and the lack of doctors in some of the remote regions of the country. On the one hand, as Justice Hall indicated this morning, we have to accept that doctors, rather like people working in the fields of communications and transportation, enjoy a virtual monopoly. I would like to ask them just one question in this regard. How would the amendment which they are proposing solve the very real problem of too many doctors in some highly populated regions and too few doctors in outlying regions? It seems that in the case of the Quebec Federation, discussions are going on with government authorities in Quebec. How will this amendment settle the problem? Surely negotiations with the provincial governments would be an appropriate forum to resolve this problem which is of great concern to them and explains why they are here today?

Dr. Conway: I think you are quite right in defining the problem in this way. I do not think our amendment is designed

[Text]

notre amendement vise à régler le problème de la mauvaise répartition géographique des médecins qui existe au Québec, comme partout au Canada d'ailleurs. Je crois que la solution qui a été envisagée par le gouvernement provincial du Québec, c'est-à-dire utiliser les systèmes d'assurance-santé de façon discriminatoire pour résoudre le problème, n'a pas fonctionné. Si on examine l'état des lois sur la santé qui existent actuellement au pays, on se rend compte que, par la Loi canadienne sur la santé, on rend quasi impossible la pratique de la médecine à l'extérieur des régimes d'assurance-maladie. Maintenant que les gouvernements provinciaux envisagent de légiférer en vue de forcer les médecins à aller dans les régions périphériques, notre amendement est nécessaire, croyons-nous, pour résoudre un problème qui se pose dès maintenant, savoir celui des médecins qui ont été formés dans nos universités et qui, après cinq ou dix ans de formation, se voient barrer la route à l'accès au régime d'assurance-maladie qui est, pour eux, le seul moyen de gagner leur vie.

Beaucoup de solutions au problème de la mauvaise distribution géographique des médecins ont été présentées. Je crois qu'il est important que, comme jeunes médecins, on s'intéresse à cette cause dès le départ, qu'on en discute avec les autorités provinciales appropriées et qu'on mette sur pied des programmes. Je pense qu'il est important que l'on garantisse, par le biais de la loi nationale, tous les principes de l'assurance-maladie, y compris celui de l'accès universel de tous les médecins dûment qualifiés au système.

M. Lachance: Puis-je ajouter une simple remarque, monsieur le président, concernant nos travaux futurs?

• 1305

Dans ma tête, du moins, je fais une distinction entre ce qui semble être la pratique

in British Columbia where, if you are denied outright a billing number, which is certainly an absolute bar in terms of practising, and financial incentives or disincentives—and I personally make a certain distinction for future work between those two different problems—one is an absolute bar, the other one is a relative bar, if you want, and it may make a difference in the way we tackle the problem.

The Chairman: All right. Perhaps the witness would like to have a final comment on that, or anything else.

Dr Conway: Je pense que cette distinction-là en est une de degré et non de substance. Mais c'est de cette façon que nous percevons le problème. Je pense qu'une fois établie la philosophie de progresser dans ce domaine-là, la première étape en serait une de degré, et cela risquerait de devenir progressif. Il faudrait arrêter cette marche dès le départ.

Dr. Smith: I would like to make a comment, too. I agree with the hon. member that maybe the situation in B.C. is worse, but we see these both as evils. One is a lesser evil but they are both bad practices, both undermine the access of physicians to work in medicare and, ultimately, when you are a patient, if you cannot have the right to choose your doctor, you are going to deny accessibility to patients as well. If you are in a small community and you are not allowed to bring in new

[Translation]

to settle the problem of inadequate geographic distribution of doctors which prevails in Quebec and in the rest of Canada as well. I think that the solution considered by the Government of Quebec, which attempted to solve the problem by using the medicare system in a discriminatory manner, did not work. If one looks at the present state of health legislation in the country, one realizes that the Canada Health Act makes it virtually impossible to practice medicine outside the health insurance plans. Now that the provincial governments are considering legislation to force doctors into outlying areas, we feel our amendment is necessary to settle a problem which is now appearing. Doctors who have been trained in our universities may find after five or ten years of study that they are being denied access to the health insurance system which represents for them the only way of earning their living.

Many solutions have been proposed to solve the problem of inadequate geographic distribution of doctors. I think it is important for us as young doctors to be involved in this concern right from the start, to discuss it with the appropriate provincial authorities and to establish programs. I think it is important that all the principles of health insurance be guaranteed by the national act, and this would include universal access to the system for all duly qualified doctors.

Mr. Lachance: Could I just add a comment, Mr. Chairman, as regards our future work?

In my mind, I make a distinction between what appears to be practical

en Colombie-Britannique où si l'on refuse de vous donner un numéro de facturation, ce qui vous empêche absolument d'exercer, et les encouragements financiers ou les éléments qui découragent—et personnellement, je fais la distinction entre les deux problèmes—dans un cas, il s'agit d'un empêchement absolu, alors que dans l'autre, c'est relatif, et cela peut déterminer la manière dont nous abordons le problème.

Le président: D'accord. Le témoin voudrait peut-être faire une dernière observation, ou ajouter quelque chose.

Dr. Conway: I think that that distinction is one of degree and not of substance. But that is how we perceive the problem. I think that if our philosophy is to make progress in that area, the first step would be one of degree and it could become progressive. It would have to be stopped at the outset.

Dr Smith: J'aurais une observation à faire, moi aussi. Je conviens avec l'honorable député qu'il se peut que la situation en Colombie-Britannique se soit détériorée, mais nous croyons que ces pratiques sont toutes les deux mauvaises. Une est moins mauvaise que l'autre, mais elles sont toutes les deux néfastes, car elles empêchent les médecins de travailler dans le cadre du régime d'assurance-maladie, ce qui veut dire que le malade n'a pas le droit de choisir le médecin qu'il veut et que

[Texte]

doctors to set up practices if you want them to, as a patient group, then patient accessibility is threatened down the line as well. So this is an amendment that we propose that will help us, as young doctors who wish to, to work within medicare; also it will help patients who want access to young doctors and want access to women doctors who are predominantly in the newly graduating classes.

Mr. Jeffrey Sack, Q.C. (Canadian Association of Interns and Residents—Legal Counsel): I would like to add, if I could, a couple of legal viewpoints on the same question.

First of all, with respect to a distinction, I agree that it really is a matter of degree, because if a province can say 70% one year, it can be 60% the next year, 50%, then maybe 10%. It can be 3 years, 5 years, 10 years and 15 years. Once the principle is allowed, then of course it can be developed so that really there is very little difference, if any, with the system in B.C.

The question was raised, however, as to the legal restraints, or constraints—and I assume that refers to the power of Parliament to pass this kind of condition as an amendment to Section 12. With that in mind, we approached an expert in constitutional law, a former professor at the University of Toronto now in private practice, and we asked his opinion on the question of whether Parliament had such power. Attached to the brief as Appendix 1 is his opinion, in which he states quite emphatically that there is no constitutional impediment to Parliament passing such an amendment.

Finally, with respect to the question of incentive programs, at the bottom of page 6 of the brief there is an added proviso that can be added if necessary that would clarify that point to make it clear that such affirmative action programs and incentive programs are permissible.

The Chairman: Might I ask the counsel whether, in their opinion, they would have any causes of action against the provincial governments; in this case, Quebec or B.C., under the circumstances?

Mr. Sack: Well, with the passage of this legislation, we would.

The Chairman: But at the present time?

Mr. Jim MacDonald (Legal Counsel, Canadian Association of Interns and Residents): We have considered that, Mr. Chairman, and we have discussed it with outside people as to whether, under the existing legislation, provinces, such as British Columbia, were being precluded from doing what they are doing now. There is the argument that can be made that any medical practitioner who is qualified is entitled to practise and to have his patients reimbursed by the medicare scheme. That is a possible argument which can be made under the existing legislation. Our concern is that the existing legislation is definitely subject to judicial interpretation as to whether it goes that far, to extend the rights to physicians that far.

[Traduction]

l'accessibilité est donc réduite. Si un groupe de malades dans une petite ville ne peut pas importer de nouveaux médecins, l'accessibilité est réduite également. L'amendement que nous proposons nous aidera, en tant que jeunes médecins qui veulent travailler dans le cadre du régime d'assurance-maladie, de le faire; il permettra aussi d'aider les malades qui veulent être traités par de jeunes médecins ou par des femmes médecins, dont la plupart sont de nouveaux diplômés.

M. Jeffrey Sack, c.r. (conseiller juridique, Canadian Association of Interns and Residents): Si vous me le permettez, je voudrais vous donner quelques opinions juridiques à ce sujet.

Tout d'abord, en ce qui concerne la distinction que l'on fait, je conviens que c'est vraiment une question de degré; si l'on permet à une province, dans une année donnée, de fixer le taux à 70 p. 100, il pourrait tomber à 60 p. 100 l'année précédente, à 50 p. 100, et peut-être à 10 p. 100. Cela pourrait prendre 3 ans, 5 ans, 10 ans ou 15 ans. Une fois que l'on admet le principe, celui-ci peut prendre de l'ampleur; ce serait très peu différent, peut-être pas différent du tout, du régime en place en Colombie-Britannique.

On a soulevé la question des restrictions ou contraintes juridiques et je suppose qu'on entend par là le pouvoir dont dispose le Parlement d'adopter un amendement à l'article 12 qui impose cette condition. Afin de nous renseigner, nous avons consulté un spécialiste du droit constitutionnel qui a déjà enseigné à l'Université de Toronto mais qui, aujourd'hui, travaille pour son propre compte; nous lui avons demandé si le Parlement disposait d'un tel pouvoir. Vous trouverez son opinion à l'annexe I de notre mémoire, où il dit très clairement que la Constitution n'empêche pas le Parlement d'adopter un tel amendement.

Finalement, en ce qui concerne les programmes d'encouragement, on précise en bas de la page 6 du mémoire que les programmes d'action positive et les programmes d'encouragement sont parfaitement acceptables.

Le président: Puis-je demander au conseiller juridique si, l'association aurait des causes d'action contre les gouvernements provinciaux, notamment celui du Québec ou de la Colombie-Britannique?

M. Sack: Si le bill était adopté, oui.

Le président: Mais pour le moment?

M. Jim MacDonald (conseiller juridique, Canadian Association of Interns and Residents): Nous nous sommes demandé, monsieur le président, si les lois existantes empêchaient les provinces comme la Colombie-Britannique de faire ce qu'elles font en ce moment et nous en avons discuté avec des gens de l'extérieur. On peut soutenir que tout médecin qualifié a le droit de pratiquer la médecine et de s'arranger pour que ses malades soient remboursés par l'assurance-maladie. La loi étant ce qu'elle est, cet argument pourrait tenir. Ce qui nous préoccupe, c'est que la loi existante est susceptible d'interprétation judiciaire; on ne sait pas dans quelle mesure les droits des médecins peuvent être invoqués.

[Text]

Our opinion and our recommendation to both CAIR and to FMRIQ is, given that a new Canada Health Act is now before Parliament and has been proposed and is the subject matter of deliberations, that it would be an appropriate time to have that right enshrined in the legislation, so it is not subject to provincial action and to judicial interpretation.

Mr. Sack: The point is, I think, that right now it is a question of legal debate, and the purpose of the amendment is to put it beyond doubt that this is an implicit part of the medicare system.

The Chairman: But most of the negotiations are with doctors or with the provincial governments, or all the negotiations are. And under the new bill of rights in the Canadian Constitution, or any other civil rights principles at all, do you think there is any cause of action that you would have against the provincial governments at the present time?

• 1310

Mr. McDonald: We do not think there is that much reason for a cause of action under something like the Canadian Charter because of what is being done in British Columbia. I do not believe that would be the avenue that would be taken in this case.

The question is: Does the current legislation—the medical care act as it has been enacted, and even the Canada Health Act as it is presently proposed... go far enough to say. It is certainly the intention, if it was ever considered, that medical practitioners should have that right to access, and Mr. Justice Hall has stated that it was never really considered as a possibility that it would be denied. So our position would be that it was certainly intended that medical practitioners would always have that right to access. The question is, under the existing legislation, is that right clear enough?

Mr. Sack: I would add the same point, by the way. There may be an argument under the Charter, but there will be an argument on both sides, and it may go either way. The purpose of this amendment is to make it crystal clear that such a thing as is happening in B.C. is not permissible.

The Chairman: On behalf of the committee, I would like to thank you very much for coming before us this morning. I am sorry we were a bit delayed, but your evidence is very important. We are impressed with the breadth of your delegation, and we will certainly consider your representations very carefully. Thank you very much.

Dr. Tildesley: Thank you.

The Chairman: We will adjourn until 3.30 this afternoon.

AFTERNOON SITTING

• 1535

The Chairman: Order please. I will call this meeting of the standing committee on Health, Welfare, and Social Affairs to

[Translation]

Nous croyons et nous recommandons à la CAIR et à la FMRIQ qu'il serait important, étant donné que la nouvelle Loi canadienne sur la santé a été déposée, qu'elle est devant le Parlement et qu'elle fait l'objet de délibérations, d'enchâsser ce droit dans la nouvelle loi, pour qu'ils ne puissent pas être touchés par des mesures prises par les provinces et pour qu'ils ne soient pas soumis à l'interprétation par les tribunaux.

M. Sack: L'important, c'est que les avocats ne s'entendent pas là-dessus; l'amendement vise donc à prévoir expressément qu'il s'agit là d'un élément implicite du régime d'assurance-maladie.

Le président: Mais toujours ou presque toujours, on négocie avec les médecins ou avec le gouvernement de la province. Pensez-vous qu'il y ait un motif à intenter une action en justice contre les gouvernements provinciaux en vertu de la nouvelle Charte des droits de la Constitution du Canada ou d'un principe de liberté publique en particulier?

M. McDonald: Nous ne pensons pas qu'il y ait de motifs pour intenter une action en justice en vertu de la Charte des droits contre ce qui se fait en Colombie-Britannique. Je ne crois pas que ce soit la voie que l'on choisirait.

La question est la suivante: est-ce que la loi dans sa forme actuelle ou même le projet de loi canadienne sur la santé vont suffisamment loin. L'intention en est certes que les médecins aient le droit d'accès et le juge Hall a affirmé que personne n'a jamais songé à le leur refuser. Notre position est donc que l'objectif poursuivi est que les médecins aient toujours le droit d'accès. La question qui se pose est de savoir si la législation existante le garantit en termes suffisamment clairs.

M. Sack: Je suis du même avis. On peut invoquer la Charte des droits mais il y a des arguments des deux côtés et on ne sait pas lequel l'emporterait. L'objet de cet amendement est de préciser en termes les plus clairs que ce qui se passe en Colombie-Britannique n'est pas admissible.

Le président: Au nom du Comité, je vous remercie d'être venus. Je vous prie d'excuser notre retard mais votre témoignage était très important. Nous sommes impressionnés par l'envergure de votre délégation et nous accorderons la plus grande attention à votre point de vue. Je vous remercie.

Dr Tildesley: Merci.

Le président: La séance est levée jusqu'à 15h30 cet après-midi.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je déclare ouverte cette séance du Comité permanent de la santé, du bien-être et

[Texte]

order. We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act. We are pleased to have with us this afternoon a delegation from the Canadian Hospital Association, led by Madame Claire Labrèche, the Chairman of the Board. Madame, could you introduce the other members of your delegation. We do have your submission to us here; perhaps you would be good enough to summarize some of the main points of your submission, and then we will go into questioning after that.

Ms Claire Labrèche (Chairman of the Board, Canadian Hospital Association): Thank you, Mr. Chairman. First of all let me convey the regrets of our Chairman, Dr. Gustave Gingras, originally scheduled to appear with us on February 15, but was unable to attend when the date was changed. I will shortly call upon my colleague and the President of the Canadian Hospital Association, Mr. Jean-Claude Martin, to expand on our reaction to the proposed Canada Health Act. Before doing so I would like to make a few brief remarks about the Canadian Hospital Association of which I am the Chairman of the Board.

You will have noted from the foreword of our submission that the Association is a federation of the ten provincial hospital health associations, and the Northwest Territories Association. It is a truly federated body, and is also a reflection of the voluntary health care system of our country. Fourteen of our twenty board members are trustees with the remainder, administrators. None receive any remuneration for their activities on behalf of CHA. All are involved because they strongly support and believe in our Canadian voluntary health care system.

Much work goes into the preparation of a submission such as ours.

• 1540

All provinces are consulted continually, and the document is released only when a consensus is reached—not an easy task, I can assure you, considering the differences which exist between the provinces themselves.

We come before the committee with a sincere desire to help in your deliberations, and we believe that although we have raised some objections to parts of Bill C-3, we have also put forward some constructive suggestions on how our very good health care system could be even better.

I should add that although our association is heavily involved in representation activities, such as today's appearance before this committee and reacting to measures affecting the health care delivery system, a good part of our ongoing activities relates to the ongoing education of health care personnel, to publications, and to research.

I now call upon Mr. Jean-Claude Martin, president of the CHA, for some introductory remarks on our submission.

[Traduction]

des affaires sociales. Nous reprenons l'étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. Nous sommes heureux d'accueillir cet après-midi une délégation de l'Association des hôpitaux du Canada, dont le chef est M^{me} Claire Labrèche, présidente du Conseil d'administration. Madame, pourriez-vous présenter les autres membres de votre délégation. Nous avons déjà reçu votre mémoire; peut-être pourriez-vous simplement en résumer les points principaux, et ensuite nous passerons à la période des questions.

Mme Claire Labrèche (présidente du Conseil d'administration, Association des hôpitaux du Canada): Merci, monsieur le président. Tout d'abord, le docteur Gustave Gingras, notre président, qui devait comparaître avec nous initialement le 15 février, regrette de ne pouvoir être présent aujourd'hui, en raison du changement de date. Je demanderai dans quelques minutes à mon collègue, le président de l'Association des hôpitaux du Canada, M. Jean-Claude Martin, de vous faire part de notre réaction au projet de loi canadienne sur la santé. Auparavant, laissez-moi vous dire quelques mots au sujet de l'Association des hôpitaux du Canada dont je préside le Conseil d'administration.

Vous avez sans doute remarqué à la lecture de la préface de notre mémoire, que l'Association est une fédération de dix associations médico-hospitalières provinciales, et de l'Association des Territoires du Nord-Ouest. C'est donc un organisme vraiment fédéré, et un reflet du système de soins de santé bénévole de notre pays. Quatorze des 20 membres du Conseil sont des membres de conseils d'administration d'hôpitaux, et le reste des administrateurs d'hôpitaux. Aucun n'est payé pour ses activités au nom de l'Association des hôpitaux du Canada. Tous se sont impliqués, parce qu'ils croient fermement au système de soins de santé bénévole du Canada et y croient fermement.

Un mémoire tel que le nôtre demande beaucoup de préparation.

Nous sommes en consultation constante avec toutes les associations provinciales, et un document n'est publié que si nous avons atteint un consensus—une tâche assez difficile, si on tient compte des différences entre les provinces mêmes.

Nous comparaissons avec un désir sincère de vous aider dans vos délibérations, et si nous nous opposons à certaines parties du projet de loi C-3, nous avançons d'autre part des suggestions constructives afin d'améliorer davantage notre excellent système de soins de santé.

Quoique, en grande partie, notre association s'occupe surtout de faire des représentations comme celles d'aujourd'hui à ce Comité, et de réagir à certaines mesures ayant une incidence sur les prestations des services de santé, nous nous occupons aussi beaucoup de l'éducation permanente du personnel hospitalier, de la préparation de documentation et de recherche.

Je demanderai maintenant à M. Jean-Claude Martin, président de l'Association des hôpitaux du Canada, de résumer notre mémoire.

[Text]

Thank you.

Mr. Jean-Claude Martin (President, Canadian Hospital Association): Mr. Chairman, members of the committee, it is with great misgivings and some apprehension that we appear before your committee. The misgivings come from the fact that as we originally understood from the document "Preserving Universal Medicare", published under the authority of the Honourable Monique Bégin, Minister of National Health and Welfare, the two main issues which were supposedly eroding the Canadian health care system were extra-billing and user charges. Therefore new legislation, Bill C-3, was introduced to deal with these issues. However, now the general debate surrounding this new legislation is extending far beyond these two issues. We do not necessarily disagree with this debate taking place, but we do have some serious reservation about the methods being used to create this debate.

We also have some apprehension because in our view this new debate has been based on false premises. If the objective is to deal with the two previously mentioned issues, the legislative route could be adequate. If a revision and a redesign of the Canadian health care system is the goal, as proposed in Clauses 3 and 4 of Bill C-3, then more time, resources, and consultations are needed.

The Canadian health care policy in Clause 3 and the stated purpose of Bill C-3 in Clause 4 are very generous statements, but unfortunately they have little relation to the rest of the bill.

Other apprehensions we have are that in a general debate of the Canadian health care system most of the statements made are based on either soft or second-hand data, a lot of anecdotal stories, some isolated studies, and a great deal of hearsay. Also, Canada being such a large and diversified country, the concept of a centrally co-ordinated health care system in all its aspects is probably utopian.

Finally, we do not pretend to have all the answers, nor can we positively know what is best for all Canadians in every region of our country.

In the debate presently going on a number of buzz-words are being bandied about at great length. Let us look at some of them. The expression "health care needs" is probably the most frequently mentioned, particularly with regard to the aging population. Some studies seem—and I use the word "seem" in the sense of tendency—to indicate the catastrophic situation of too many patients and not enough resources that is predicted for the turn of the century will not happen. Medicine will find new cures for diseases, health promotion will make further progress, people will live a more enjoyable and comfortable retirement life, and the biological barrier, human degenerative conditions described by Robert S. Stone in a keynote address entitled, "Precedent and Prologue for the Aging", will still occur, and the average life expectancy will not change drastically.

[Translation]

Merci.

M. Jean-Claude Martin (président, Association des hôpitaux du Canada): Monsieur le président, membres du Comité, c'est avec beaucoup de doutes et une certaine crainte que nous comparaissons devant le Comité. En fait, à la lecture du document intitulé «Préserver l'universalité de l'assurance-santé» publié sous l'égide de l'honorable Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les deux questions principales qui apparemment réduisaient les prestations des services de santé au Canada étaient la surfacturation et les frais modérateurs. Ainsi, ce nouveau projet de loi C-3 devait traiter de ces deux questions. Toutefois, il semblerait maintenant qu'on ait élargi le débat qui entoure ce nouveau projet de loi. Nous ne nous opposons pas nécessairement à ce débat, toutefois, nous avons certaines réserves sérieuses quant aux méthodes utilisées pour amorcer le débat.

Nous éprouvons aussi certaines craintes, car, à notre sens, ce débat est fondé sur de fausses hypothèses. Si l'objectif est de régler les deux questions mentionnées plus tôt, cela peut se faire par voie législative. Toutefois, s'il s'agit de réviser, ou de repenser tout le système de prestation des soins de santé au Canada, comme il est proposé aux articles 3 et 4 du projet de loi C-3, alors il faudra beaucoup plus de temps, de consultations et de ressources.

La politique canadienne de la santé qui figure à l'article 3 et la raison d'être du projet de loi C-3 mentionné à l'article 4 sont fort bien intentionnées, mais malheureusement, ont très peu de rapport avec le reste du projet de loi.

Nous croyons aussi que dans le cadre de ce débat général sur les services de santé du Canada, un grand nombre des déclarations sont fondées sur des données mal documentées, un grand nombre d'anecdotes, certaines études sans suivi et beaucoup de ouï-dire. Aussi faut-il se rappeler que le Canada est un pays si grand et si diversifié, que l'idée d'un système de prestation de soins de santé coordonné centralement à tous points de vue, semble plutôt utopique.

Enfin, nous ne prétendons pas avoir toutes les réponses, et nous ne pensons pas non plus connaître les besoins de tous les Canadiens dans toutes les régions de notre pays.

On entend dans le débat actuel un grand nombre de mots à la mode qui reviennent constamment. Examinons-les de plus près. L'expression «les besoins en matière de soins de santé» est sans doute celui qu'on entend le plus fréquemment, surtout à l'égard de notre population vieillissante. Certaines études semblent... et j'emploie ce terme dans le sens de tendance... indiquer qu'on ne connaîtra pas la situation catastrophique constituée d'un trop grand nombre de patients et d'un manque de ressources qui est prévue pour la fin du siècle. La médecine trouvera de nouveaux remèdes pour certaines maladies, la promotion de la santé aura fait de grands progrès, les gens connaîtront une retraite fort confortable et plaisante, et la barrière biologique, c'est-à-dire les conditions des générations humaines décrites par Robert S. Stone dans son discours intitulé «Les précédents et le prologue au vieillissement», existera encore, et l'espérance de vie moyenne ne changera pas beaucoup.

[Texte]

“Substitution” is another word frequently used and applied to institutions, health professionals, and even funding. Some very localized and preliminary studies have been done and have shown some positive results. But to extrapolate from these studies, which are usually conducted in protected environments, and apply them on a large scale may create some difficulties.

• 1545

The health care system should allow for changes, but changes cannot arbitrarily be imposed from coast to coast.

The financial status of health care institutions has often been subject to contradictory statements. However, if we do not exactly know the objectives being pursued, such as better health care, adequate manpower, economies, politics, etc., and we have raised these questions on a number of occasions, how can we possibly debate financial issues?

It also has been often said that there is room for improvement in health care administration. To this it was replied that if objectives were clearly stated and accepted by all concerned, the public, health professionals and politicians, then it would be feasible to define adequate financial requirements.

On the question of hospital financing, a very recent study based on data available covering the period of 1970 to 1980, the last year for which complete data are available, seems to indicate that hospitals in general are adequately funded. Some isolated reports have shown that certain hospitals may be underfunded. However, based on information supplied by hospital health associations across the country, the broad statement that hospitals are underfunded cannot be supported. Nevertheless, there are some indications of a trend to capital underfunding mainly affecting the large urban teaching institutions but also other institutions.

This brings us to talk briefly about statistics and data. Because of the lack of a uniform terminology used throughout the country, because of the methodology used in aggregating data coming from different regions and from different kinds of institutions operating in different systems and environment, and because averages are not always representative of the true situation, and we could go on and on, these statistics and data are often misleading and, in general, unreliable.

The only way to use them is as very broad indicators, keeping in mind that they cannot represent a uniform and unquestionable reality. The management information system presently being developed under the aegis of CHA and with the financial support of the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services, however, should go a long way towards giving us the indicators we require.

[Traduction]

On utilise aussi souvent le terme «substitution»; on l'applique surtout aux institutions, aux professions de la santé, et même au financement. Certaines études très préliminaires et très restreintes ont déjà été faites, et ont donné des résultats positifs. Toutefois, il peut être dangereux de faire à partir de ces études, généralement accomplies dans des milieux protégés, des extrapolations qui s'appliqueraient à une plus grande échelle.

Le système de soins de santé doit être conçu de façon à permettre des modifications, mais celles-ci ne peuvent pas être imposées de façon arbitraire d'un bout à l'autre du pays.

Le bilan financier des établissements de soins a souvent suscité des commentaires contradictoires. Toutefois, si nous ne pouvons pas savoir exactement quels sont leurs objectifs quant à l'amélioration des soins de santé, à la main-d'oeuvre, à l'économie, aux politiques ou à d'autres questions que nous avons soulevées à maintes reprises, comment pouvons-nous débattre de questions financières?

On a souvent entendu dire qu'il y a lieu d'améliorer l'administration des soins de santé. A ceci, on a souvent répondu que si les objectifs étaient précisés de façon très claire et acceptés par toutes les parties intéressées, le public, les professionnels de la santé et les hommes politiques, il serait alors possible de définir des exigences financières acceptables.

Quant au financement des hôpitaux, une étude très récente étayée par des renseignements couvrant la période comprise entre 1970 et 1980 (1980 étant la dernière année pour laquelle des renseignements complets sont disponibles), porte à croire que, de façon générale, les hôpitaux sont suffisamment bien financés. Certains rapports disparates laissent croire que certains hôpitaux ne sont pas suffisamment financés. Quoi qu'il en soit, selon les renseignements fournis par les associations hospitalières d'un bout à l'autre du pays, l'affirmation générale selon laquelle les hôpitaux seraient sous-financés ne tient pas. De toute façon, on semble dégager une tendance au sous-financement en matière de capital surtout dans le cas des hôpitaux universitaires dans les grands centres urbains mais également dans d'autres établissements.

Cela nous permet d'aborder brièvement la question des statistiques et des données. En raison de l'absence d'une terminologie normalisée au pays, en raison de la méthodologie empruntée pour colliger les données issues de diverses régions ou de divers genres d'établissements caractérisés par des systèmes et un milieu différents, et en raison des moyennes qui ne représentent pas toujours la situation véritable, entre autres raisons, ces statistiques et ces données sont souvent trompeuses et, de façon générale, peu fiables.

On ne peut les utiliser qu'à titre d'indicateurs très généraux, en se rappelant qu'elles ne témoignent pas d'une seule et même réalité dont on ne peut douter. L'A.H.C. est en train de mettre sur pied un système de gestion de l'information grâce à l'appui financier du Comité consultatif fédéral-provincial sur les établissements et les services médicaux; ce système devrait nous être très utile en ce sens qu'il nous donnera les indicateurs nécessaires.

[Text]

Our last point relates to the issue so often raised—quality of care. A proper definition of what quality of care is and an effective evaluation methodology may raise issues that have not yet been resolved. The continual assumption that quality of care relates only to input into the health care system, such as money, institutions, professionals, is only partially true. Studies and research should be aimed at defining ways to achieve results, outcome, such as how the incidence of cancer, accidents, cardiovascular diseases, infant mortality, etc., can be reduced, leaving the institutions professionals and administrators to decide how the funding of this research could be implemented. In other words, our health care system should be more goal oriented rather than content oriented.

Legislation has always had a tendency to define the how rather than the what.

We could go on discussing other terms being used, such as the privatization role, legislation, jurisdiction, resources, etc., but we think that we have made our point in demonstrating the extreme complexity and sensitivity of our health care system.

You may no doubt remember that numerous studies at the local, provincial and national level have been conducted since the late 1940s at which time our modern hospital system, as we know it now, started to expand and develop.

The need to revise some elements or parts of existing legislation relating to the distribution of health care in Canada may be necessary and we support the government initiative with some restrictions. In our submission, we especially address Clauses 12, 13 and 22 of Bill C-3. We wish to reiterate our opposition to Clause 22, which essentially gives the government a *carte blanche* in applying the Act without parliamentary scrutiny or negotiations with the different provincial governments and health partners.

• 1550

We would like to draw the committee's attention to another important and extremely difficult issue related to the new Bill C-3. As the Bill is to replace the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act, the following points should be noted.

The hospital act referred mainly to institutions, while the medical act referred to medical services. In the case of the hospital act, based on accepted terminology, it was the beds in a recognized and approved institution that were the object of the law and by deduction these beds were made available to patients because of their health condition as determined by a qualified physician. In the proposed new legislation it seems implicit that the patient's medical condition as it was in the Medical Act is the object of the law, regardless of the classifi-

[Translation]

En dernier lieu, nous aimerions parler d'une question soulevée à maintes reprises: la qualité des soins. Une définition très claire de ce que l'on entend par la qualité des soins et une méthodologie d'évaluation efficace pourraient nous permettre de dégager des questions qui n'ont pas encore été résolues. Persister à croire que la qualité des soins n'est tributaire que de ce qui entre dans le système des soins de santé, sous forme d'argent, d'établissements, de professionnels, par exemple, n'est que percevoir une partie du problème. Les études et les recherches devraient viser à déterminer la façon dont on peut atteindre des résultats, comment on peut réduire l'incidence du cancer, des accidents, des maladies cardio-vasculaires, de la mortalité infantile, etc.; ainsi, les établissements, les professionnels et les administrateurs n'auraient qu'à décider comment assurer le financement de ces recherches. Autrement dit, notre système de soins de santé devrait plutôt être axé sur les objectifs que sur le contenu.

La loi a toujours eu tendance à mettre l'accent sur le «comment» plutôt que sur le «quoi».

On pourrait poursuivre en discutant d'autres questions telles que le rôle de la privatisation, la loi, la juridiction, les ressources, etc.; mais nous croyons avoir touché le vif du sujet en illustrant la grande complexité et la sensibilité de notre système de soins de santé.

Vous vous souviendrez sans doute que bon nombre d'études ont été entreprises sur les plans local, provincial et national depuis la fin des années 40, époque à laquelle notre système d'hôpitaux modernes actuel a commencé à prendre de l'expansion.

Il se peut qu'il soit nécessaire de réviser certaines dispositions de la loi actuelle concernant la distribution des soins de santé au Canada et nous appuyons l'initiative du gouvernement avec certaines réserves. Dans notre mémoire, nous nous penchons particulièrement sur les articles 12, 13 et 22 du projet de loi C-3. Nous tenons à répéter que nous ne sommes pas d'accord avec les dispositions de l'article 22 qui donne essentiellement carte blanche aux autorités fédérales dans l'application de la loi sans le contrôle du Parlement et sans la tenue de négociations soit avec les divers gouvernements provinciaux, soit avec les partenaires en matière de santé.

Nous tenons à signaler aux membres du Comité une autre question importante et très compliquée qui relève du nouveau projet de loi C-3. Puisque le projet de loi est censé remplacer la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux, certaines questions doivent être signalées.

La Loi sur l'assurance-hospitalisation visait surtout les établissements et la Loi sur les soins médicaux les services médicaux. Dans le cas de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, selon la terminologie qui était acceptée, la loi visait surtout les lits qui se trouvaient dans un établissement approuvé et reconnu; on en déduisait que ces lits étaient mis à la disposition des malades en raison de leur état de santé qui était évalué par un médecin compétent. Par contre, la portée du projet de loi semble viser l'état médical du patient, à l'instar de la Loi sur

[Texte]

cation of beds or length of stay in an institution. This could represent a major departure from the present practice and application. Health care institutions are licensed to operate certain categories of beds as defined and determined by each local authority and agreements are reached by each level of government on the availability of resources. It therefore appears that the mission and necessary funding of the health care institution could be greatly affected by this new approach without the necessary negotiation and agreement with provincial governments and all other health partners.

If the objective is to change the system by which health care is being delivered to Canadians, we regret to say, with all respect to the members of the committee, that this is a task that requires more time, more resources, more consultation and more expertise. We of the Canadian Hospital Association are of the opinion that such an in-depth review of our health care system should be undertaken immediately and new methods, new approaches and new concepts should be developed, tested and eventually implemented.

Since 1979, CHA has been advocating the formation of an independent health council of Canada to provide advice to all concerned on issues of national significance, and to provide a forum for in-sector and interprovincial dialogue concerning health care priorities. The last page of our submission, Appendix II, gives a fairly comprehensive description of CHA's proposal for a health council. We would also like to mention that this proposal was endorsed by Mr. Justice Emmett Hall in his 1980 report and that Parliamentary Task Force on the Federal-Provincial Fiscal Arrangement, chaired by Mr. Breaux, also endorsed the proposal. We now have indications that the Royal Commission on the Economic Union and Development Prospects for Canada, chaired by the Honourable Donald Macdonald, will also recommend the formation of a health council of Canada.

This, Mr. Chairman, represents our introductory remarks. We would now be pleased to answer, to the best of our knowledge and ability, any questions that you and your committee may have. Thank you.

The Chairman: Thank you very much, sir. We will start off with Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. To our witnesses, I hope you have no more fear and trepidation after the remarks are done. But I have a number of questions I would like to ask you. On the under funding, and obviously you are the people in the hospitals who can answer that question most directly and I appreciate that you raised it, you said there is not under funding. I think I am quoting you correctly. That cannot be supported. There might be capital under funding. Am I correct in . . .

[Traduction]

les soins médicaux, quelle que soit la catégorie des lits ou la durée de l'hospitalisation, ce qui pourrait être une dérogation importante par rapport aux pratiques actuelles et une nouveauté par rapport à l'application de la loi. Les établissements de santé sont autorisés à traiter certaines catégories de malades précisées par les autorités locales et chaque palier de gouvernement conclut des ententes quant à la disponibilité des ressources. Il semble donc que cette nouvelle approche, cette innovation pourraient considérablement influencer le rôle et le financement nécessaire de l'établissement de santé sans qu'il soit nécessaire de négocier ou de conclure une entente avec les gouvernements provinciaux et tous les autres partenaires en matière de soins de santé.

Si le but de cette innovation est de modifier le système de prestation des soins de santé aux Canadiens, sauf tout le respect que nous devons aux membres de ce Comité, nous tenons à signaler qu'il faudra y consacrer beaucoup plus de temps, de ressources, de consultations et de compétences. L'Association des hôpitaux du Canada estime qu'il faudrait entreprendre immédiatement une telle étude approfondie de notre système de soins de santé et élaborer, contrôler et éventuellement appliquer des méthodes nouvelles, des approches nouvelles et des concepts nouveaux.

Depuis 1979, l'AHC demande la création d'un conseil indépendant, un conseil de la santé du Canada, dont le rôle serait de conseiller toutes les parties visées sur des questions d'importance nationale et d'être une tribune qui favoriserait les échanges internes et un dialogue interprovincial concernant les priorités dans le domaine des soins de santé. Vous trouverez à la dernière page de notre mémoire, à l'Annexe II, une description assez exhaustive de notre proposition visant à créer un conseil de la santé. Nous tenons également à signaler que cette proposition a mérité l'appui du juge Emmett Hall dans son rapport de 1980 et du groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, présidé par M. Breaux. Selon nos renseignements, la Commission royale sur l'union économique et les perspectives de développement du Canada, présidée par l'honorable Donald Macdonald, recommandera également la formation d'un conseil de la santé du Canada.

Monsieur le président, cela met fin à nos remarques préliminaires. À ce moment-ci, nous nous ferons un plaisir de répondre du mieux que nous le pouvons, aux questions que vous ou votre Comité pourrez nous poser. Merci.

Le président: Merci beaucoup, monsieur. Je cède d'abord la parole à M. Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. J'espère que nos témoins n'auront plus de craintes ou de vives inquiétudes à la fin de cet exercice. J'aimerais vous poser un certain nombre de questions. Vous avez parlé de sous-financement: de toute évidence, vous vous trouvez dans les hôpitaux et vous pouvez mieux que quiconque répondre à la question; je suis heureux que vous l'ayez soulevée, que vous soyez d'avis qu'il n'y a pas de sous-financement. J'espère vous avoir bien compris. On ne peut pas accepter cette situation. Il se peut qu'il y ait un sous-financement en matière d'immobilisations. Ai-je raison de dire . . .

[Text]

Mr. Martin: That is what we are saying in our statement.

Mr. Epp: Could you give us a little more information? Are you familiar with the Health Sciences Centre in Winnipeg?

Mr. Martin: Yes.

Mr. Epp: In the recent controversy that has been taking place there, the director of the hospital, Dr. Peter Swerhone, has said it is due to lack of funding and to the three per cent ceiling that has been imposed by the provincial government. How do you relate your facts to a situation, although localized, in obviously a major teaching hospital in the province of Manitoba?

• 1555

Mr. Martin: I think our statement was very, very clear, and we said that nevertheless there are some indications of a trend to capital underfunding, mainly affecting the large, urban teaching institutions, but also other institutions, and there is some indication that there might be some underfunding but it is not clearly indicated at this time. The study I referred to before, which was done and published and is available right now as the only study on which we can base any statement, indicates that at the time the study was done, up until 1980, there was adequate funding.

We have raised that issue every time we have had a chance with our membership, the provincial associations, and have asked them if they were prepared to give us a mandate to make such a statement, but we were not given a mandate to make such a statement.

Mr. Epp: So, from your perspective, generally speaking hospitals are funded adequately for the task they have now been given?

Mr. Martin: That is the indication; that is the information being transmitted.

But again, Mr. Chairman, I think it has to be understood that the financing of an institution is twofold: on one hand, operating costs; on the other hand, the capital funding. The capital funding is handled very differently. It is not necessarily part of the sharing program between the two levels of government. Each province has adopted a different methodology regarding depreciation. Some of them have done away completely with depreciation and are funding institutions on an annual basis rather than accumulating funds or resources to replace equipment or to renovate an institution. That is definitely a major problem.

The difficulty you might address is if some of the operating money is being transferred into the capital fund to try to pay for some operating costs it might create some difficulty in terms of operating funding of institutions.

Mr. Epp: I must admit I find that a little hard to understand, and I am now talking about the broad sweep of Canadian hospitals because you are the expert in that you have the data. I would think if you did a survey of people who are interested in health care in Canada but are more consumers or are people at the local level interested in the operation of

[Translation]

M. Martin: Nous l'avons dit dans notre déclaration.

M. Epp: Pouvez-vous nous donner de plus amples renseignements à ce sujet? Connaissiez-vous le *Health Sciences Centre* à Winnipeg?

M. Martin: Oui.

M. Epp: Dernièrement, cet hôpital a été aux prises avec une controverse et le directeur, le Dr Peter Swerhone, a dit que c'était attribuable au plafond de 3 p. 100 imposé par le gouvernement provincial. Compte tenu de ce que vous avez dit, comment expliquez-vous une telle situation, quoiqu'elle soit très particulière, dans un hôpital universitaire très important du Manitoba?

M. Martin: Nous nous sommes exprimés de façon extrêmement claire. Nous avons dit cependant qu'il semblerait se développer une tendance au sous-financement en matière d'immobilisations et particulièrement dans le cas des grandes institutions d'enseignement urbaines, mais également dans le cas d'autres institutions. J'ai parlé de l'étude qui a été publiée et qui est la seule sur laquelle nous puissions nous baser. Selon cette étude, jusqu'en 1980, le financement était suffisant.

Nous avons soulevé cette question chaque fois que nous l'avons pu auprès de nos membres, les associations provinciales, et nous leur avons demandé si elles étaient prêtes à nous donner un mandat qui nous permettrait de nous prononcer en ce sens, ce que ces dernières ne nous ont cependant pas donné.

M. Epp: Donc, de votre point de vue, les hôpitaux reçoivent un financement adéquat pour le travail qu'ils font?

M. Martin: Oui, d'après les renseignements qui nous ont été transmis.

Cependant, monsieur le président, il faut bien se souvenir que le financement d'une institution est double: d'une part, les frais d'exploitation, de l'autre, les frais d'immobilisations. Dans ce dernier cas, la situation est très différente. Le financement ne relève pas nécessairement du programme de partage entre les deux paliers de gouvernement. Chaque province traite l'amortissement de façon différente. Il y en a qui n'en tiennent pas compte et qui fournissent un financement annuel. Cela pose évidemment un problème très épineux.

Si certains fonds d'exploitation sont transférés au budget d'immobilisations, cela peut poser certaines difficultés pour l'exploitation.

M. Epp: J'ai un peu de mal à comprendre de quoi il s'agit. Je ne veux pas parler des hôpitaux en général. Vous êtes en effet l'expert puisque vous avez les données. Si vous faisiez un sondage auprès de la population sur les questions de santé, les questions qui se rapportent aux hôpitaux, qu'il s'agisse des grands hôpitaux universitaires ou de petits hôpitaux locaux,

[Texte]

hospitals, these hospitals ranging from the large urban teaching hospitals all the way down to a local hospital . . . and I do not know any single institution in society a small community and its citizens are going as tenaciously to defend as their local hospital and their health care system. I would think, when I speak to Canadians, there is a very deep concern about the adequacy of funding of hospitals. I am not talking about salaries . . . we will leave that for another day and another group . . . but about hospitals themselves.

I take it when you talk about capital funding you are talking about bricks and mortar and equipment. We have had evidence as recently as this morning that the major problem of funding is not in active-care hospitals but rather in alternate care, such as, say, nursing care to take people who have spent long periods of time in active-care hospitals and should be in other facilities. What advice do you have for us through that whole maze that we are supposed to look at?

Mr. Martin: Again I think many assumptions are being made: one, that data are available just like that; two, that the goals are clearly defined and that all the institutions are pursuing a goal that is agreed by all the people. That is the difficulty. I would assume that if administrators were told exactly the goal that is being pursued . . . but I think we do not necessarily agree on the goal. One can realize that in many areas across the country the hospital is probably the most important employer in the locality, or the town or the city. If it is a matter of maintaining a certain level of employment, that is one thing; if it is a matter of pursuing a health goal, it might be another thing.

• 1600

To answer the last part of your question in regard to nursing homes, I regret to say that I definitely do not have any data. They do not belong to our association and that is not the kind of survey we have conducted. We do talk about substitution in our paper, and although there has been some indication that there might be some substitution and it is possible, I think this is one area in which one has to be careful, because a lot more study is needed before we embark on a major program of substituting institutions, professionals, and so on. That is a very, very difficult issue.

Mr. Epp: One other point, then, Mr. Chairman . . . I will try to be conscious of the time. You made an interesting statement about the demographic projections of Canada's population and the aging factor. You made the point—at least I believe you were making the point—that we should not over-emphasize the possible growth of expenditure, because of your view of the demographic trends and because of cures and lifestyles, and so forth. Could you leave with the committee some demographic or statistical evidence to bear that out?

Mr. Martin: Mr. Chairman, this is the result of studies that were done—which I do not have, but we could get for you—which clearly indicate that the average life expectancy, all

[Traduction]

vous vous rendriez compte de l'intérêt farouche que porte la population aux hôpitaux et aux régimes médico-hospitaliers. Les Canadiens auxquels je parle se préoccupent énormément du financement des hôpitaux. Je ne parle pas des salaires, j'en parlerai un autre jour à un autre groupe, je veux parler des hôpitaux.

Lorsque vous parlez de fonds d'immobilisations, je suppose que vous voulez parler des installations et de l'équipement. D'après les témoignages que nous avons reçus jusqu'à présent, le problème que l'on rencontre en matière de financement ne touche pas vraiment les hôpitaux mais plutôt les autres possibilités de soins, par exemple les installations connexes comme les maisons de repos et les soins infirmiers pour les personnes qui passent de l'hôpital à d'autres institutions. Comment pourrions-nous à votre avis nous diriger dans un tel labyrinthe?

M. Martin: On fait ici pas mal de suppositions: tout d'abord, que des données sont disponibles sur ces questions; deuxièmement, que les buts visés sont clairement définis et que toutes les institutions poursuivent un but recherché par tous. C'est là où le bât blesse. Je suppose que si l'on disait exactement aux administrateurs quel doit être leur but . . . cependant, il faut dire que nous ne serions peut-être pas tous nécessairement d'accord sur ce but. On sait que dans beaucoup de régions du pays l'hôpital est probablement le plus important employeur de la localité ou de la ville. S'il s'agit de maintenir un certain niveau d'emplois, c'est une chose; s'il s'agit de poursuivre des objectifs reliés à la santé, c'est autre chose.

Pour répondre à la dernière partie de votre question concernant les maisons de convalescence ou de repos, malheureusement, je n'ai pas du tout de données. Elles ne font pas partie de notre association et nous n'avons pas fait ce genre d'enquête. Nous parlons de certaines possibilités de remplacement dans notre document, mais il faudrait être très prudent et étudier davantage la question avant de commencer un programme pour remplacer des institutions, des professionnels, et cetera. C'est une question très très difficile.

M. Epp: J'ai une autre observation, monsieur le président . . . Je vais essayer de tenir compte du temps qui nous reste. Vous avez fait une remarque intéressante au sujet des projections démographiques pour le Canada et le vieillissement de la population. Si je vous ai bien compris, vous avez dit qu'il ne fallait pas exagérer la croissance éventuelle des dépenses, à cause de votre interprétation de certaines tendances démographiques, des possibilités de traitements et de guérison, la sensibilisation en matière de santé, et cetera. Pourriez-vous laisser au Comité des données démographiques ou statistiques tendant à justifier vos propos?

M. Martin: Monsieur le président, c'est le résultat d'études qui ont été faites . . . je ne les ai pas ici mais je pourrais vous

[Text]

things being equal, will be in the neighbourhood of 85 years and that the curve . . .

Mr. Epp: Everybody would have the same chance?

Mr. Martin: Everybody would have the same chance. You live and you die. As diseases such as cancer and cardiovascular disease are cured, it will not change dramatically the life expectancy of Canadians. It means that there is a biological barrier over which, unless there is some major genetic discovery, the human body will not necessarily go. It means that people will live longer, hopefully they are going to be healthier; they will require some support, but not necessarily in a kind of linear projection. The tendency has been recently that you take what was going on in 1980, project it into the year 2000, the year 2030 and, everything being equal, it is going to happen like that. Well it is not at all sure that it is going to happen like that, because you will live a reasonable, healthy life and you will die, rather than having that curve, which means that you require quite a bit in the way of health services right now after the age of 60 or 65. This is a study; I have mentioned the name. Health and Welfare Canada has data on that study, because it was presented by somebody from Health and Welfare Canada about two weeks ago, here in Ottawa.

Mr. Epp: Thank you.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, this presentation is somewhat different from many of the others we have had. There is a kind of implied, not so much implied as explicit, criticism of some of the things that have been said to the committee beforehand. I believe the witness said that a lot of things that have been said have been said without documentation, or on the basis of soft data. The irony is that you did not take the opportunity to provide us with any hard data as to how soft the other data was. Is there some particular claim that some particular witness made concerning which you have hard data to put on the table in counteraction to the soft data? If not, it seems to me that you are engaged in the same kind of hearsay.

Mr. Martin: Mr. Chairman, I think we have purposely avoided data as much as possible, because there is not a system that is totally reliable. One that has been used quite frequently in this room has been the issue of the number of patients who are being hospitalized who could be treated elsewhere, and there is some data that has been mentioned on different occasions. I do not necessarily have better data, but I am not at all sure that the data quoted was accurate data.

• 1605

Mr. Blaikie: That takes me to my next question, Mr. Chairman. Do you or do you not subscribe to the view that there are many people in hospital now taking up valuable beds whose needs could be better met by being in some kind of alternative setting? One example that has been used a lot is people who are actually in a chronic care situation taking up acute care facilities, or people whose needs would have been better met by not being in hospital in the first place. Has the

[Translation]

les obtenir . . . et qui indiquent clairement que l'espérance de vie moyenne sera d'environ 85 ans et que la courbe . . .

M. Epp: Tout le monde aurait la même espérance de vie?

M. Martin: Oui. On vit et on meurt. Des guérisons pour des maladies comme le cancer et les maladies cardio-vasculaires ne changeront pas de façon très sensible l'espérance de vie des Canadiens. Il y a une limite biologique que le corps humain ne dépassera pas nécessairement, à moins qu'il y ait une importante découverte génétique. Cela veut dire que les gens vivront plus longtemps et qu'ils auront, nous l'espérons, une meilleure santé; ils auront besoin d'une certaine aide, mais il ne s'agira pas forcément d'une progression linéaire. On a tendance à se baser sur les phénomènes constatés en 1980 et à faire des projections pour l'an 2000 et l'an 2030, mais cela ne va pas obligatoirement se passer ainsi. En fait, ce n'est pas du tout sûr que les choses se passeront ainsi car on pourra vivre assez longtemps en ayant une bonne santé et il n'y aura plus cette courbe actuelle qui indique un besoin accru de services médicaux après l'âge de 60 ou 65 ans. J'ai mentionné le nom de cette étude. Le ministère de la Santé et du Bien-être a des données concernant cette étude car elle a été présentée par un fonctionnaire de ce ministère il y a une quinzaine de jours ici à Ottawa.

M. Epp: Merci.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, c'est une présentation plutôt différente de celles que nous avons entendues jusqu'ici. On y trouve certaines critiques à l'égard d'observations qui ont déjà été faites dans ce Comité. Je crois que le témoin a affirmé que beaucoup d'observations ont été faites sans documentation ou ont été fondées sur des données qui ne sont pas très rigoureuses. Chose assez ironique, vous n'avez pas profité de l'occasion pour nous offrir des données rigoureuses à ce sujet. Y a-t-il des affirmations qui ont été faites dans ce Comité que vous voudriez rectifier en nous donnant des preuves concrètes? Sinon, j'ai l'impression que vous utilisez les mêmes moyens que vous critiquez chez d'autres.

M. Martin: Monsieur le président, nous avons fait exprès d'éviter autant que possible les données car il n'y a pas de système qui soit totalement fiable. Un argument qui a été présenté ici assez souvent concerne le nombre de malades hospitalisés qui pourraient être traités ailleurs, et les données qui existent à ce sujet ont été mentionnées à plusieurs reprises. Je n'en ai peut-être pas de meilleures sources, mais je ne suis pas tout à fait convaincu que celles dont il est question sont exactes.

M. Blaikie: Cela m'amène à vous poser la question suivante, monsieur le président. Êtes-vous d'accord pour dire qu'il y a en ce moment beaucoup de malades hospitalisés qui occupent des lits, et dont les besoins pourraient être mieux servis dans un cadre différent? On a souvent mentionné l'exemple de ceux qui sont des malades chroniques, en fait, mais qui se font soigner dans des installations de soins actifs; on parle aussi de ceux qui auraient peut-être été mieux servis sans être hospitalisés du

[Texte]

Canadian Hospital Association, or any arm or agency of it, done any studies to determine what kind of physician choices and equality of such choices are filling up their hospitals to the extent that they are filled up? Have you ever done any work in that area, or do you operate as if the physician choices are outside the realm of your concern? Is that something that is just there that you take for granted, or is that something you have ever had to look into?

Mr. Daniel LeTouzé (Vice-President, Research, Canadian Hospital Association): Mr. Chairman, if I may try to answer the question. Studies have been done obviously, but these studies . . . I remember one that was done about seven or eight years ago in Ottawa-Carleton, which was a one-day survey of all patients in Ottawa-Carleton hospitals. I do not remember exactly what the figure was, but it was around 12% to 15% of beds were used. A comprehensive study has not been done, but some small studies in some areas have been done which demonstrate the fact you have raised.

Mr. Blaikie: Just one other point, Mr. Chairman; I do not have any other questions. There has not been a 3% limit imposed on health care spending in Manitoba. There has been a guideline suggested so far by the Manitoba government, which in my view would probably be exceeded, thanks to the case that is being made by the health sector in that province. I would not want anybody to be left with the impression that the 3% guideline is indeed something that has been imposed, or, for that matter, will be imposed.

Mr. Epp: I am glad to hear that. At the moment it is 3% and it might go up. That is what he said.

Mr. Blaikie: It has not been decided yet.

The Chairman: Thank you, Mr. Blaikie. I will go to Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman. My two colleagues have jotted down the same questions that I also have, but I would like to take a couple of minutes just to explore it a little further. Our witnesses have indicated that there is not any underfunding in the hospitals. I wonder if you could tell the committee what the assumptions and goals were that you have made that have allowed you to come to this conclusion.

Mr. Martin: Mr. Chairman, this question, and we purposely included it in our introduction, we knew was going to be a very difficult issue. In order to determine again the goal or the objective of the institution, and to see if the goal is achieved, you have to bring together, we think, three sets of data; mainly the financial data, the utilization data, and the clinical data. To say that an institution is underfunded or overfunded strictly on the reading of a financial statement and not related to the services that are being provided is a very difficult statement to make.

What we have indicated, after long debate and long negotiation, is we are now hopefully in the process of designing a program that will start to address that issue of funding or underfunding.

[Traduction]

tout. L'Association canadienne des hôpitaux, ou une agence qui relève d'elle, a-t-elle mené des études pour déterminer le genre de sélection que font les médecins pour occuper tous les lits d'hôpitaux, dans la mesure où ils sont occupés? Avez-vous déjà fait des recherches dans ce domaine, ou croyez-vous plutôt que vous n'avez rien à dire au sujet de cette sélection? Est-ce quelque chose que vous tenez pour acquis, ou avez-vous déjà eu l'occasion de l'examiner?

M. Daniel LeTouzé (vice-président des recherches, Association canadienne des hôpitaux): Monsieur le président, je vais essayer de répondre à votre question. Des études ont été menées, évidemment, mais ces études . . . Je me souviens d'une étude qui a été effectuée il y a sept ou huit ans dans la région d'Ottawa-Carleton, qui portait sur un sondage de tous les patients occupant des lits dans les hôpitaux d'Ottawa-Carleton un jour en particulier. Je ne me souviens pas exactement du chiffre, mais il me semble qu'entre 12 et 15 p. 100 des lits étaient occupés. Une étude complète n'a jamais été faite, mais certaines études moins importantes ont été effectuées qui montrent justement la situation dont vous avez parlé.

M. Blaikie: J'ai un autre point à soulever, monsieur le président; par contre, je n'ai pas d'autres questions à poser. Une limite de 3 p. 100 a été imposée aux dépenses relatives aux soins de santé au Manitoba. Le gouvernement du Manitoba a proposé une directive qui, selon moi, sera probablement modifiée, grâce aux efforts déployés par les professionnels de la santé de cette province. Je ne veux pas vous faire croire que cette limite de 3 p. 100 a déjà été imposée ou sera imposée à l'avenir.

M. Epp: Je suis content de le savoir. En ce moment, c'est 3 p. 100, mais cela pourrait augmenter. C'est ce qu'il a dit.

M. Blaikie: Cela n'a pas encore été décidé.

Le président: Merci, monsieur Blaikie. Je donnerai maintenant la parole à M. Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président. Mes deux collègues ont posé les questions que je pensais vous poser, mais j'aimerais prendre quelques minutes pour en parler plus en détail. Nos témoins nous ont indiqué que les hôpitaux ne manquent pas de fonds. J'aimerais que vous nous disiez sur quoi repose cette conclusion que vous avez tirée.

M. Martin: Monsieur le président, nous savions que cette question, que nous avons soulevée à dessein dans notre exposé, serait une question difficile. Afin de déterminer, encore une fois, quel est l'objectif de l'institution et de voir si cet objectif a été atteint, il faut rassembler, d'après nous, trois sortes de données: les données financières, en priorité, les données sur l'utilisation et les données cliniques. Il est difficile de prétendre qu'une institution est sous-financée ou surfinancée lorsqu'on se base uniquement sur les états financiers sans tenir compte des services offerts.

Nous vous avons dit qu'après des discussions et des négociations exhaustives, nous espérons maintenant élaborer un programme qui permettra d'aborder la question du sous-financement ou du financement tout court.

[Text]

• 1610

You as a doctor are probably well aware that no two institutions are alike; that probably patients are not alike; that to compare things that are comparable, you have to have sufficient information, sufficient data. The whole difficulty about the issue of funding or underfunding is it is always used in terms of the financial resources available in regards to a previous year or a neighbourhood organization and it is extremely difficult to relate it to the kind of service that an institution is to provide. The U.S. is working on some methodology—one is called a diagnostic-related grouping—introducing another element, which is severity of illness, in trying to look at methods of group diagnosis so that you can have an idea of the intensity of work going on in one institution and relate it to resources, financial, human, or material. You have to come to a system that will allow you to evaluate this operation.

Mr. Lang: Well, that is precisely it; and what I am asking you to do is to let the committee know what assumptions you have made to come to a conclusion. What I have heard you say is that you do not have enough data, like everyone else who does not have enough data, yet you have managed to come to the conclusion that underfunding does not exist.

Mr. Martin: The study you have received is basically using some indicators in terms of cashflow, budget available, over budget or under budget. There is an assumption that everything goes on just like that; but every year every government has a final settlement, and often, if not most of the time, many years after, I will recognize, deficits are paid up by government. Either you say you have a cashflow situation, which means you do not have the necessary cash to operate on a day-to-day—but to say you have a deficit operation over a period of time—you have to demonstrate it. And the cash situation is tight. The deficit budget does not seem to be a chronic thing across the country. Most of the time the deficits have been picked up in one way or another by the provincial government, and that is how they have balanced the budget.

Mr. Lang: You are violating your own rules, in which you suggested that you should consider not only financial aspects but utilization and clinical aspects.

Mr. Martin: Those are the only data we have right now. Hopefully in the next couple of years or next three or four years we will have a better system to do that.

Mr. Lang: Some other things that we do have are the expressions of the health care providers—the various health care providers, whether doctors or nurses... that there is dramatic underfunding, not only in chronic care and extended care treatment but even in active treatment hospitals. In my own area of Kitchener-Waterloo, studies done by the regional government have indicated there is a tremendous shortage of chronic care beds. I know that there have been complaints of doctors and nurses and institutionals in the teaching hospitals

[Translation]

Vous, en tant que médecin, devez savoir qu'il n'y a pas deux institutions qui sont pareilles; de même, leurs malades ne sont pas pareils non plus; or, afin de comparer des choses qui sont comparables, il faut d'abord disposer de renseignements suffisants et adéquats. Le problème qui se rattache à cette question de financement concerne le fait qu'on ne tient compte que des ressources financières dont on dispose par rapport à une année précédente ou à un organisme de quartier et le fait qu'il est très difficile d'établir un rapport entre cela et les services offerts par l'institution en question. Les États-Unis sont maintenant en train d'élaborer certaines méthodologies—dont une se fonde sur le regroupement des diagnostics—qui tiendront compte d'un autre facteur, soit la gravité de la maladie, dans leur examen de différentes méthodes de diagnostic par groupe pour nous permettre d'avoir une idée de l'intensité du travail effectué dans une institution particulière et de le rapprocher des ressources, qu'elles soient financières, humaines ou matérielles. Il faut créer un système qui nous permettra d'évaluer cette opération.

M. Lang: Justement; et je vous demande de dire au Comité sur quoi vous vous fondez pour tirer de telles conclusions. Il me semble vous avoir entendu dire que vous n'avez pas assez de données, comme tout le monde, d'ailleurs, mais que vous avez tout de même réussi à conclure qu'il n'y a pas de problème de sous-financement.

M. Martin: L'étude dont on vous a parlé se fonde principalement sur certains indicateurs, à savoir les liquidités, le budget, la somme qui dépasse le budget ou ce qui reste à dépenser. On présume que tout se passe toujours ainsi; mais chaque année, chaque gouvernement a des versements à faire à la fin de l'année, et souvent, sinon toujours, longtemps après—je l'avoue—les déficits sont réglés par le gouvernement. On peut dire qu'on manque de liquidités, ce qui veut dire qu'on n'a pas assez de fonds pour fonctionner tous les jours. Par contre, il faut prouver qu'on fonctionne à déficit depuis une certaine période. Et les liquidités sont rares. Par contre, les budgets déficitaires ne sont pas tellement chroniques au Canada. La plupart du temps, les déficits sont réglés d'une façon ou d'une autre par le gouvernement provincial, ce qui lui permet d'équilibrer le budget.

M. Lang: Mais vous ne respectez pas vos propres conditions, à savoir qu'il faut tenir compte non seulement des aspects financiers mais de données sur l'utilisation et de données cliniques.

M. Martin: Ce sont les seules données dont nous disposons pour l'instant. Nous espérons que d'ici trois ou quatre ans, nous aurons un meilleur système.

M. Lang: Par contre, nous avons entendu les opinions de ceux qui donnent les soins de santé—qu'ils agisse de médecins ou de personnel infirmier—et d'après eux, il existe un sous-financement très important, non seulement dans le domaine des soins chroniques et des soins complémentaires mais même dans les hôpitaux de soins actifs. Dans ma région de Kitchener-Waterloo, des études effectuées par le gouvernement régional indiquent qu'il y a une pénurie importante de lits pour malades chroniques. Par ailleurs, je sais que des médecins, des

[Texte]

in Toronto about underfunding of active treatment hospitals. One only needs to read the papers to know this.

Anyway, on to the second question I had; and that is on demographics.

The Chairman: Perhaps the witnesses would like to answer that comment.

Mr. LeTouzé: If I may try to add perhaps a few bits of pieces of information, I may perhaps clarify this question.

First of all, when we use "underfunding" or "overfunding", we use two words: "under" and "over". But "under" with respect to what, and "over" with respect to what? When you try to measure something, you normally need a standard. You do not have any standard right now to say what would be the optimum level of health care expenditures to achieve a specific goal. So it is not just overfunding; it is overfunding with respect to what? We do not know, first of all.

Secondly, if we take Canada as a country—and Justice Hall said it this morning—we spent in fact 8.4% of GNP—8.4% in 1983—which in fact places Canada in a pretty good situation if you compare Canada with other countries in the world. The Americans spent more; the British spent less; the French spent about the same thing; the Germans spent more; the Swedes spent much more. So again, if you compare Canada with other countries, we fare reasonably well.

• 1615

Another point is results. Up to now . . . and this was raised by the President of the Canadian Hospital Association and Mr. Justice Hall this morning and many other witnesses—how do we measure quality of care? How do we measure the results in terms of outcome, in terms of health status indicators, which we can achieve in fact by putting more money or less money into the system. We still have a problem with outcome measures. Is putting millions of dollars more into the system going to improve the health of Canadians? There is no proof. It might not perhaps; it might deteriorate the health of Canadians the more money we put into the system. So again, we lack standards; we lack measurement tools, to be able to answer this question definitely and in a very strong way.

I think the problem at the present time is not perhaps underfunding or overfunding; it is allocation of resources. If we could re-allocate . . . You mentioned chronic care, nursing homes home care programs. We might find—and there has been a proposal made around this table—better ways and means to allocate dollars. It would be nice to put more money into the system. Each one of us would like to have more money in our pocket, but what are we going to achieve? We have to deal with scarcity of resources. We have to allocate resources as efficiently as possible. If we do not know what we achieve with additional . . . If it is a marginal return, I do not believe

[Traduction]

représentants du milieu infirmier et certaines personnes qui travaillent dans les hôpitaux d'enseignement à Toronto se sont plaints justement du sous-financement des hôpitaux de soins actifs. Il suffit de lire les journaux pour le savoir.

De toute façon, je vais passer maintenant à la deuxième question que je voulais poser, qui concerne la démographie.

Le président: Peut-être que les témoins aimeraient répondre à votre observation.

M. LeTouzé: Je voudrais peut-être ajouter quelque chose, ne serait-ce que pour clarifier la question.

D'abord, quand nous parlons de «sous-financement» ou de «surfinancement», nous utilisons les préfixes «sous» et «sur». Mais, en fait, c'est par rapport à quoi exactement? Quand on essaye de mesurer quelque chose, il faut normalement avoir une norme. En ce moment, nous n'avons pas de norme qui nous permettrait de dire combien il faut dépenser en soins de santé pour atteindre un certain but. Donc, on ne peut pas vraiment utiliser ces termes lorsqu'on n'a pas de point de repère. Quel est ce point de repère? Pour l'instant, nous l'ignorons.

Deuxièmement, pour parler de l'ensemble du Canada—d'ailleurs, M. le juge Hall l'a dit ce matin—nous avons dépensé 8,4 p. 100 du PNB en 1983, ce qui veut dire que le Canada est très bien placé par rapport aux autres pays du monde. Les Américains en ont dépensé plus; les Anglais, moins, les Français à peu près la même chose; les Allemands, plus; les Suédois, beaucoup plus. Donc, encore une fois, si l'on compare le Canada à d'autres pays, on voit qu'il s'en tire très bien.

Autre question à débattre, celle des résultats, qui a été soulevée par le président de l'Association des hôpitaux du Canada, par monsieur le juge Hall, ce matin, ainsi que par bien d'autres témoins: comment avons-nous, jusqu'à présent, mesuré la qualité des soins? Comment peut-on quantifier les effets, en termes de résultats, d'indices de santé, que l'on obtient en augmentant ou en diminuant l'apport de fonds dans le système. Ce problème d'évaluation de mesures n'a pas été résolu. Est-ce que la santé des Canadiens s'améliorera si nous injectons des millions de dollars de plus dans le système? Cela n'est pas prouvé; ce n'est peut-être pas vrai, et peut-être les Canadiens se porteront-ils d'autant plus mal que nous injecterons plus d'argent dans le système. Nous n'avons pas mis au point de norme, de jauge nous permettant de donner à cette question une réponse claire et nette.

Je crois que le problème, à l'heure actuelle, ne réside pas dans l'excès ou dans l'insuffisance des fonds, mais dans la répartition des ressources. Si nous pouvions redistribuer . . . Vous parliez des programmes de soins chroniques, de maisons de repos, de soins à domicile. Nous pourrions peut-être trouver de meilleurs moyens d'utiliser notre argent, et une proposition a été faite ici même à cet effet. Ce serait bien agréable de pouvoir dépenser davantage pour le système et chacun d'entre nous aimerait bien avoir plus d'argent en poche, mais qu'est-ce que nous allons obtenir? Nous souffrons de pénurie de ressources, et devons utiliser aussi judicieusement que possible

[Text]

we should put more money into the system without being able to measure what we can achieve. This money might be put to better result elsewhere in society. That is a question that society has to solve itself, which is a very complex one.

I am sorry I took more time than expected, Mr. Chairman.

Mr. Lang: Mr. Chairman, first of all one of the ways you can measure the results is if you are meeting the health care needs of individual Canadians and if on a basis across the country you are hearing complaints right, left and centre, from the providers of health care, that the basic needs of active treatment for even serious illness are not being met, then you know there is something wrong, whether or not you can measure it or whether you can get a nice, fine definition and conduct nice, fine studies. Sometimes you cannot do that right off the bat. That does not mean the problem does not exist. There is such a thing as being aware that a disease entity exists on the basis of case histories and case studies and the reality of the disease, without knowing the precise physiology of the disease or a cure for the disease. That does not mean the disease does not exist.

Secondly, whether we overall have a good funding of health care, 8.4% relative to other countries, does not mean there are not certain areas that are underfunded.

At any rate, Mr. Chairman, that is not a question; it is a comment.

My second question is with regard to the demographics because, again, the evidence we are getting is different from that produced by demographers at the University of Toronto and the University of Waterloo who have indicated that there will be an increase of 75% to 100% in the population over 65 by the year 2031. This is dramatically different from the evidence we are getting here, and this relates not so much to an increase in life expectancy, but to the demographics that exist at present with the bulge at the baby boom generation.

I would be interested in the demographic evidence that you are using to state that we will not be experiencing a problem with the percentage increase of senior citizens around the year 2030.

Mr. Martin: Mr. Chairman, the assumption that is being made here is that there will be a number of cures to diseases. I was not saying that the population is not going to be there. The population is definitely going to be there. They are alive today and they are walking and they are part of Canada, but they will not necessarily require, as it is assumed right now, all the care that we are predicting they are going to require. That is the only assumption.

It is pretty clear that right now they are consuming a large part of our health care dollar because medicine has not found cures for a certain number of diseases, and if these diseases are controlled to a certain extent, and there is some indication that

[Translation]

celles dont nous disposons. Si nous ne savons pas au juste quel va être l'effet d'une injection de fonds supplémentaires... S'il s'agit d'un profit marginal, je ne crois pas que nous devrions le faire sans être à même d'en mesurer le résultat. Cet argent pourrait peut-être être mieux utilisé ailleurs; c'est une question fort complexe, qu'il incombe à la société même de résoudre.

Excusez-moi d'avoir débordé mon temps, monsieur le président.

M. Lang: Monsieur le président, l'une des façons de mesurer les résultats, c'est de voir si les besoins des Canadiens en matière de santé sont satisfaits; si de tous côtés ne vous parviennent que des plaintes, en particulier de ceux qui administrent les soins de santé, si l'on vous assure que les besoins élémentaires de soins à des personnes atteintes de maladies graves ne sont pas assurés, vous savez alors que la situation laisse à désirer, peu importe que vous puissiez ou non la mesurer, en donner une définition claire et nette et présenter des études bien léchées et figolées. Il n'est pas toujours possible de réussir cela du premier coup, ce qui ne signifie pas pour autant que le problème n'existe pas. Il arrive que l'on connaisse l'existence d'une maladie, que les cas de maladie ont été relevés et étudiés et que l'on ignore néanmoins la nature exacte de la maladie, ou d'un remède pour la guérir; la maladie, néanmoins, existe bel et bien.

D'autre part, même si dans l'ensemble le financement de notre système de soins médicaux est satisfaisant par rapport aux autres pays—il s'élève à 8,4 p. 100—il n'empêche que certains secteurs peuvent être insuffisamment financés.

De toute façon, monsieur le président, là n'est pas la question, c'est une simple observation.

Ma deuxième question est relative à la démographie car, là encore, les faits que l'on nous rapporte ne concordent pas avec les chiffres avancés par les démographes de l'Université de Toronto et de l'Université de Waterloo, d'après lesquels on assisterait, vers l'an 2031, à une augmentation de 75 à 100 p. 100 de la population de plus de 65 ans. Ces chiffres diffèrent considérablement des données dont nous disposons et cela n'est pas tant lié à une augmentation de l'espérance de vie qu'au profil démographique que nous avons à l'heure actuelle avec le gonflement du «baby boom».

J'aimerais savoir quelles sont les données démographiques que vous utilisez pour affirmer que nous ne connaissons pas de problèmes avec l'augmentation en pourcentage, vers l'an 2030, des personnes du troisième âge.

M. Martin: Monsieur le président, nous partons là de l'hypothèse selon laquelle certaines maladies pourront être guéries. Je ne disais pas que cette population n'existera plus, elle existera très certainement. Ces gens existent, à l'heure actuelle, ils font partie de notre pays, mais ils n'auront pas nécessairement besoin, comme on le pense à l'heure actuelle, de tous les soins que nous pensions leur être nécessaires. C'est là notre seule hypothèse.

Il est assez évident qu'à l'heure actuelle, ils consomment une portion considérable des dollars que nous consacrons aux soins médicaux parce que la médecine est encore impuissante à soigner certaines maladies, mais s'il est possible de maîtriser

[Texte]

they will be conquered, the people will be there. The people may require some home care, but they might not require necessarily all the highly expensive systems that we have right now. We are not arguing with demographers; the people are there. In projecting the demographic need, the assumption is that everything is going to be equal to what it is today. What we are saying is, it probably will not equal today's situation.

• 1620

Mr. Lang: So you are assuming that some diseases, such as cancer and heart disease, are going to be cured in such a way that people will live to 70 or 85 and then all of a sudden have a rapid deterioration?

Mr. Martin: Yes. Mr. Chairman, Dr. Sandy MacPherson, who is the medical officer of the City of Toronto, has had some clear indication that the incidence of cardiovascular disease is decreasing quite rapidly.

Mr. Lang: I would certainly be very interested in any evidence you can provide of this, that the general consensus in the medical community is that diseases are going to be cured in such a way that people are going to have a much higher quality of life or much healthier life until age 85 and then suddenly drop off. It is quite interesting.

The Chairman: Mr. LeTouzé.

Mr. LeTouzé: Mr. Chairman, to come back to your question, sir. Up to now most of the studies which have been conducted in this country and in Toronto, for example, and as well one has been done in Ottawa, prognoses for hospitals assume that things will continue as they are at the present time. You just draw a line. And the conclusions of these studies, which is pretty alarmist if nothing is going to be done, mean that by the year—and I may have forgotten; 2031, if I recall... all our health care resources will be consumed by people who are aged 65 plus. Well, it is like the Club de Rome which published the famous book about 10 years ago which predicted that by 1990 we would have no oil left. So I think it is a good piece of work, first of all, to warn us, to say if we do not do anything to change the present situation this is the crisis situation we will have, but I believe that in between—and the Lalonde Report, the well-known Lalonde report, hopefully will start to have some impact on the lifestyle of the population—people will perhaps not get crippled as quickly as they do at the present time. That is a dream perhaps. Hopefully it will become a reality. But, second, we will hopefully be able to develop alternative treatment patterns or keep people in society to be able to lead the kind of life they would like to live and not put them into institutions. So what we are saying at the present time is that we are very optimistic. We believe that measures will be taken, that discoveries will be made which will improve the health of the population, especially keeping these people outside of institutions.

[Traduction]

celles-ci dans une certaine mesure—et certains indices donnent à penser que c'est faisable—ces gens seront encore en vie. Ils auront peut-être besoin de certains soins à domicile, mais pas nécessairement de tous les soins extrêmement coûteux que nous avons à l'heure actuelle. Nous ne contestons pas les faits produits par les démographes, car leurs chiffres correspondent à une réalité vivante, mais dans la projection des besoins démographiques, on part de l'hypothèse que les choses resteront telles quelles alors que nous disons, nous, que les conditions ne seront probablement plus les mêmes.

M. Lang: Vous pensez donc qu'on trouvera des remèdes contre certaines maladies, comme le cancer et les maladies du coeur, des remèdes permettant une guérison telle que les gens vivront jusqu'à l'âge de 70 ou de 85 ans, et que leur santé connaîtra alors une détérioration totale?

M. Martin: Effectivement. Monsieur le président, le docteur Sandy MacPherson, médecin sanitaire de la ville de Toronto, a constaté que l'incidence des maladies cardio-vasculaires diminue très rapidement.

M. Lang: J'aimerais certainement prendre connaissance de tous les faits que vous pourriez produire à l'appui d'une thèse, répandue dans le monde médical, selon laquelle les maladies vont être guéries de telle sorte que les gens vivront beaucoup plus sains jusqu'à l'âge de 85 ans, connaîtront un bien meilleur état de santé, et dépériront ensuite rapidement. C'est une thèse fort intéressante.

Le président: Monsieur LeTouzé.

M. LeTouzé: Monsieur le président, je voudrais en revenir à la question. Jusqu'à présent, dans la plupart des études qui ont été menées dans ce pays et à Toronto, par exemple, ainsi d'ailleurs qu'à Ottawa, les prévisions pour les hôpitaux sont établies en posant comme hypothèse que les conditions seront les mêmes qu'à l'heure actuelle. On trace simplement une courbe. Et les conclusions de ces études, qui sont assez inquiétantes si aucune intervention n'est faite, c'est que vers l'année... est-ce bien 2031? ... toutes nos ressources en soins médicaux seront consommées par des gens âgés de plus de 65 ans. Cela me rappelle le fameux livre publié il y a une dizaine d'années par le Club de Rome, qui prévoyait qu'en 1990, nos réserves de pétrole seraient épuisées. Il est certes sage de nous mettre en garde et de nous dire que si nous n'intervenons pas pour changer la situation actuelle, nous sommes menacés de crise, mais je crois qu'entre-temps—le rapport bien connu de Lalonde aura peut-être pour effet, espérons-le, de modifier le mode de vie de la population—les gens ne souffriront peut-être pas autant dans leur santé qu'à l'heure actuelle. C'est peut-être une chimère, espérons que cela deviendra une réalité. Mais nous saurons peut-être également mettre au point d'autres modes de traitement pour maintenir les gens dans la société, afin qu'ils puissent mener le genre de vie qui leur plaît, au lieu de finir à l'hospice. Nous affirmons donc maintenant notre optimisme; nous pensons que des mesures seront prises, que l'on découvrira des moyens d'améliorer la santé de la population et de garder les gens hors des institutions hospitalières.

[Text]

Mr. Lang: Mr. Chairman, that is precisely why this issue has been raised by the witnesses we have had previously and that is precisely the reason I am showing concern about your statements that the problem sort of does not exist, that we do not need to worry about it.

The Chairman: We will go on from there now. We will go to Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. It is very interesting to have our witnesses shake us all up a little bit. I wonder if I could find out a bit more about the association first and its membership. It may help us to understand. I am not clear . . . Well, I realize you represent the federation of some 10 or 11 provincial and territorial associations. Does each hospital in the country belong indirectly or directly to the C.H.A.?

Ms Labrèche: Each hospital belongs to their provincial association and the provincial association, as an association which represents all the affiliated hospitals in the province, belongs to the federation which is the Canadian Hospital Association.

Mr. Halliday: Does each trustee on each hospital board also belong?

Ms Labrèche: To the hospital?

Mr. Halliday: To the hospital association. That is what I want to get clear. I want to know who you are really representing. Are you representing the administrators of the hospitals or . . .

Ms Labrèche: We have hospitals that have the representation of trustees, people who work in the hospitals, according to each province. Each province has its own pattern, but on a provincial basis delegates are . . .

Mr. Martin: Mr. Chairman, maybe to clarify the question, the Canadian Hospital Association is an association of institutions. It is a corporation. Now, the trustees are members of the corporation. The senior staff are members of the corporation. It is the institution, it is the hospital, the Toronto General Hospital, who is a member of the Ontario Hospital Association who in turn is a member of the Canadian Hospital Association and the people inside—we are not representing individuals, we are representing institutions, corporations.

Mr. Halliday: Who pays the annual fee into the provincial association or to your association?

Mr. Martin: It is the corporation.

Mr. Halliday: The corporation pays it. And who attends most of your meetings? Is it administrators of the hospital or is it trustees, lay trustees?

Ms Labrèche: Well, administrators and trustees.

Mr. Halliday: Equal amounts roughly or . . . ?

[Translation]

M. Lang: C'est exactement pourquoi cette question a été soulevée par les témoins précédents et c'est exactement pourquoi je m'inquiète d'entendre que le problème n'existe pas, en quelque sorte, et que nous n'avons pas besoin de nous en préoccuper.

Le président: Nous allons maintenant laisser cette question de côté, et donner la parole au docteur Halliday.

M. Halliday: Je vous remercie, monsieur le président. C'est très intéressant d'avoir des témoins qui nous ouvrent de nouvelles perspectives, et j'aimerais en savoir un peu plus sur l'Association et sur ses membres. Cela nous aiderait peut-être à comprendre. Je ne vois pas tout à fait . . . Je comprends bien que vous représentez la fédération de 10 ou 11 associations provinciales et territoriales. Est-ce que chaque hôpital, dans notre pays, est affilié directement ou indirectement à l'Association des hôpitaux du Canada?

Mme Labrèche: Chaque hôpital fait partie de son association provinciale et cette dernière, en tant qu'association qui représente tous les hôpitaux affiliés de la province, appartient à la fédération que constitue l'Association des hôpitaux du Canada.

M. Halliday: Est-ce que chaque administrateur du Conseil d'administration de l'hôpital y appartient également?

Mme Labrèche: À l'hôpital?

M. Halliday: À l'Association des hôpitaux, c'est là ce que j'aimerais comprendre. Je voudrais savoir qui vous représentez en réalité: les administrateurs des hôpitaux ou . . .

Mme Labrèche: Il y a des hôpitaux qui sont représentés par des administrateurs, des gens qui travaillent dans les hôpitaux, selon la province. Chaque province a ses propres règles, mais sur une base provinciale, les délégués sont . . .

M. Martin: Monsieur le président, je pourrais peut-être éclaircir la question en vous disant que l'Association des hôpitaux du Canada est une association d'institutions, une corporation professionnelle, dont les administrateurs sont membres. Les cadres sont membres de cette corporation. C'est l'établissement, c'est l'hôpital, le *Toronto General Hospital*, qui est membre de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, elle-même membre de l'Association des hôpitaux du Canada et quant aux gens, ils ne représentent pas des personnes, mais des établissements, des corporations.

M. Halliday: Qui est-ce qui verse la cotisation annuelle à l'association provinciale ou à votre association?

M. Martin: C'est la corporation.

M. Halliday: C'est donc la corporation. Et qui assiste à la plupart de vos réunions? S'agit-il d'administrateurs de l'hôpital ou de fiduciaires non professionnels?

Mme Labrèche: Ma foi, des administrateurs et des mandataires.

M. Halliday: Qui se répartissent à peu près également ou . . . ?

[Texte]

• 1625

Ms Labrèche: It varies from one institution to another.

Mr. Halliday: The funding thing certainly struck us as a little odd.

I just want to pursue another line on that same subject.

First, I am sure that these figures are available because I have seen them, although I do not recall them precisely; but I wonder what the trends are in the hospitals in Canada on capital spending over the last 10 years on capital spending in relation, let us say, to the trends in CPI or the trends in GNP. How does the graph compare with the money you are spending on capital aspects of hospitals *vis-à-vis* the trend in GNP and CPI.

Mr. LeTouzé: Mr. Chairman, if I may try to address that, that is a very important and extremely difficult question, and the gentleman knows it is a tough one.

We do not have, perhaps to your surprise, any hard data at present. In fact, we decided a few months ago to start to undertake a study on capital financing of Canadian hospitals again. The data we have at present cannot and does not give us the appropriate answer to be able to handle your question, unfortunately. This data is coming from Statistics Canada, from various institutions . . . In fact, unfortunately, I believe that at present we would have to go to institutions, to hospitals, due to the fact that reporting mechanisms vary widely among institutions and among provinces.

Mr. Halliday: The next question on that same line is that surely as responsible institutions with responsible boards you would have looked into the future as to your needs in capital spending. Could you give us some projections there? What do you see happening in the next five years, say, in capital spending—in relationship possibly again to projections for CPI or GNP if you can make them? I am trying to see how the spending in the past on hospitals in the capital area . . . that is, only on capital things; I want to go into the other, operational, later . . . has been as compared to other parameters and how it is projected to be in the future.

Mr. LeTouzé: In Saskatoon a few months ago the *Financial Post* conference dealt to a certain extent with this question. One of the speakers, Mr. Allen Backley, who used to be the Deputy Minister of Health in the Province of Ontario, tried . . . and I mean really tried, because he used a number of assumptions—to come up with a figure of what he called a shortfall in capital financing, capital funding in this country. I must apologize; I am not sure about the figure. But he came up with the figure of \$600 million, which would be required, in fact right now, to upgrade hospitals. So that might give you some indication.

Mr. Martin: Mr. Chairman, some comment. It is clear that a question could be asked about this capital funding. The

[Traduction]

Mme Labrèche: Cela varie d'une institution à l'autre.

M. Halliday: Le financement nous semble certainement un peu curieux.

Je voudrais aborder un autre aspect de la question.

Premièrement, je suis sûr que les chiffres existent, car je les ai vus, bien que je ne m'en souviens pas exactement, je me demande toutefois quelles sont les tendances dans les hôpitaux du Canada pour les dépenses en immobilisations depuis 10 ans comparativement aux tendances de l'IPC ou du PNB. Comment le graphique se compare-t-il avec les sommes que vous dépensez en immobilisations pour les hôpitaux comparativement aux tendances du PNB et de l'IPC?

M. LeTouzé: Monsieur le président, je vous répondrai qu'il s'agit d'une question extrêmement difficile et très importante, et le député le sait qu'il n'est pas facile d'y répondre.

Vous serez peut-être surpris d'apprendre que nous n'avons pas de données fermes à ce moment-ci. Nous avons décidé, il y a quelques mois, d'entreprendre une étude sur le financement d'immobilisations de nouveau pour les hôpitaux canadiens. Les données dont nous disposons présentement ne nous donnent pas, ne peuvent nous donner la bonne réponse pour nous permettre de répondre à votre question, malheureusement. Les données nous viennent de Statistique Canada, de diverses institutions . . . De fait, et c'est dommage, il nous faudrait pour le moment nous adresser aux institutions, aux hôpitaux, étant donné que les mécanismes de rapport varient énormément selon les institutions et les provinces.

M. Halliday: Ma prochaine question sur le même sujet est la suivante: il est certain que comme institutions responsables, ayant des conseils d'administration responsables, vous avez prévu quel sera l'avenir quant à vos besoins en dépenses d'immobilisations. Pouvez-vous nous dire quelles sont vos projections? Que prévoyez-vous pour les cinq prochaines années, disons pour les dépenses d'immobilisations—en rapport probablement avec les projections concernant l'IPC ou le PNB si possible? J'essaie de voir comment les dépenses par le passé pour les hôpitaux dans le domaine des immobilisations—autrement dit seulement les dépenses en immobilisations, j'aborderai un peu plus tard l'aspect opérationnel—se comparent aux autres paramètres et comment elles se comparent aux projections faites pour l'avenir.

M. LeTouzé: Il y a quelques mois, à Saskatoon, la conférence du *Financial Post* traitait dans une certaine mesure de cette question. M. Allen Backley, un des conférenciers, qui a déjà été sous-ministre de la province de l'Ontario, a essayé—et je veux vraiment dire essayé, car il s'est servi d'un certain nombre d'hypothèses—d'en arriver à un chiffre qu'il qualifiait de déficit pour le financement d'immobilisations, le financement d'immobilisations au Canada. Vous m'excuserez, je ne suis pas certain des chiffres. Il en est arrivé, je crois, à 600 millions de dollars, somme nécessaire actuellement pour améliorer les hôpitaux. Cela peut vous donner une idée.

M. Martin: Monsieur le président, je ferai quelques remarques. Il est évident qu'on peut soulever la question au

[Text]

wishes and the dream will come true and the figures are going to be astronomic. I do not think raising the question means you are going to get the answer.

I think another thing has to be recognized *vis-à-vis* the Canadian Hospital Association. We have stated, and we have repeated, that we are a federation, meaning that as far as CHA is concerned health is a provincial prerogative. Most of the data are held and are being kept at the provincial level. There has not been any mandate yet to aggregate data at a national level; but there are many difficulties because of definitions, the way data are collected, the way they are transmitted, the way they are manipulated. This makes it more and more difficult to try to aggregate those figures from one province to another, even the financial figures, which are not necessarily accounted for exactly in the same way from one province to the other.

So our message here is that it is not that easy on a national level to come up with answers, be they in funding, in capital, in utilizations, and so on.

The mandate is clear: the distribution of health care is a full, total responsibility of provincial governments. The provincial associations have supplied information from time to time. They are not necessarily obligated to supply that kind of information, and they might not necessarily all have the same problem, and they might not all have the same interest in gathering the information in the same way and so on. We could go on and on for quite a long time.

• 1630

If it is possible to arrive at a certain national consensus—and we sincerely hope the proposal of a health council would be a way to arrive at a certain national consensus—I think we will have made a great step. I think we are trying to deal with day-to-day operations which do not necessarily come all the way up to the national level, and as a result make it extremely difficult to deal with some issues. We do ask questions; we do get answers from time to time. They are based on whatever information is available at the time at the provincial association, and it is at their pleasure if they are prepared to supply it.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I suppose we might . . .

The Chairman: Just one more for now, and I will come back in the second round if you want, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: I suspect we might want to ask this question, because of what our witnesses say, to the provincial Ministers of Health when they come. They might be the ones who should have these figures. I do recall reading very recently, though, that somebody has estimated that if we were to supply the hospitals with the funding they thought they needed now, it would be \$4 billion and some. It was a huge sum.

Let me go on to another different issue altogether, but picking up something that Mr. Martin said and which Dr. Lang was a little surprised at, too. I believe it is quite possible

[Translation]

sujet du financement d'investissements. Les souhaits, les rêves deviendront réalité et les chiffres seront astronomiques. Je ne pense pas que le fait de soulever la question peut signifier qu'on aura une réponse.

Il faut reconnaître autre chose au sujet de l'Association des hôpitaux du Canada. Nous avons déclaré, nous l'avons répété, que nous sommes une fédération, autrement dit en ce qui concerne l'AHC, la santé est une prérogative provinciale. La plupart des données sont conservées au niveau provincial. Il n'y a pas encore de mandat pour rassembler les données au niveau national, mais on éprouve beaucoup de difficultés à cause des définitions, de la façon dont les données sont recueillies, transmises et manipulées. Il est donc beaucoup plus difficile de les regrouper d'une province à une autre, c'est le cas également pour les finances qui ne sont pas nécessairement rapportées exactement de la même façon d'une province à une autre.

Voilà donc quel est notre message, ce n'est pas facile au niveau national de fournir des réponses, que ce soit pour le financement, pour les immobilisations, les utilisations et ainsi de suite.

Le mandat est clair: la prestation des soins de santé est la responsabilité totale, globale, des gouvernements provinciaux. Les associations provinciales donnent ces renseignements périodiquement, même si elles ne sont pas obligées de le faire. D'ailleurs le problème ne se pose pas partout et ces renseignements ne sont donc pas recueillis uniformément dans toutes les provinces.

Nous espérons que la création d'un conseil de la santé permettrait de dégager un consensus national, ce qui serait un grand pas en avant. Nous nous occupons essentiellement de mesures ponctuelles qui n'ont pas toutes des incidences nationales, ce qui fait qu'il est difficile de résoudre certains problèmes. Nous obtenons donc un certain nombre de réponses à nos questionnaires, mais les associations provinciales ne sont pas tenues d'y répondre.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Le président: Ce sera une dernière question pour vous, monsieur Halliday et vous aurez à nouveau la parole au deuxième tour.

M. Halliday: Nous pourrions poser cette question aux ministres de la Santé provinciaux lorsqu'ils comparaitront devant nous. Ils pourront sans doute nous fournir les chiffres. Mais je me souviens d'avoir lu récemment que si les hôpitaux obtenaient tout l'argent qu'ils estiment nécessaire, c'est quatre milliards qu'il faudrait leur verser, ce qui est énorme.

Je voudrais maintenant aborder une autre question déjà évoquée par M. Martin et le D^r Lang. Le nombre de décès causés par des cancers et des maladies cardio-vasculaires

[Texte]

we may see a great diminution in deaths from cancer and from cardiovascular disease. I would not question the possibility of that, but the very fact that people no longer will suddenly drop dead of a heart attack, those people, by the way, who have cost the health system hardly a dollar . . . When those people are able to survive to a long age, they are going to be subjected to other types of degenerative diseases.

I am really asking Mr. Martin, Mr. Chairman, whether or not he is suggesting that because we eliminate cardiovascular diseases and cancer as major sources of death we are somehow going to reduce the cost to the health care system. I have a notion that on a per capita basis we will actually be increasing costs.

For instance, if you take cancer of the lung, you usually die within a year after diagnosis; so that person is going to be a cost to the system for only a year. If they are going to live on, they are going to develop diseases that may cost an awful lot more over the next 30 or 40 years. I am wondering whether that in itself does not suggest we are going to have even greater underfunding than we have now, if that is going to be the trend in mortality rates.

Mr. Martin: Mr. Chairman, the only answer I have is that the linear projection being made, assuming everything remains equal, does not seem to be necessarily true any more, and any other alternative is open. That is what we are saying. The assumption has always been that a demographer would take data, make a projection and say, everything being equal, that is what is going to happen. Epidemiologists now indicate that this linear projection might not necessarily be a true picture.

Mr. Halliday. A second round.

The Chairman: Yes, a second round.

Mr. Martin, just following up for a second on the question of the difficulty of getting data on the capital cost, I can see that as a national association perhaps you might have some problems, but is it the same problem province by province? I will put it this way: Have you asked your provincial associations for this data, and what do they say about it?

Mr. Martin: I think the only province making some progress in that direction is Ontario, and it is done with the Ontario Council of Health Administrators. They have raised the question, and beyond that, have had to negotiate institution by institution. Again, when you ask somebody to give you a list of what you would require in the next five years, you would get this page, this page, another page under it and so on; and when you aggregate all this information, it makes how much, \$4 billion?

• 1635

Mr. Halliday: I recall that figure, yes.

Mr. Martin: Okay, \$4 billion or whatever it is. But the thing is that one has to assume there is a lot of overlap. There is a lot of wishful thinking. There is a lot of: Let us put it, maybe we will get it. There are all kinds of things. It means that you have to think, after that, for one institution after the other, and try to negotiate and see what is needed for a locality, a region, a

[Traduction]

pourrait diminuer très sensiblement dans un proche avenir. On meurt en effet beaucoup moins de crise cardiaque qu'autrefois. Ces personnes qui vivront ainsi plus longtemps souffriront néanmoins d'autres maladies dégénératives.

Pensez-vous que les soins de santé coûteront moins cher lorsque nous aurons réussi à diminuer le nombre de décès provoqués par les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Je crains au contraire que le coût par personne augmentera.

Les personnes atteintes d'un cancer du poumon meurent généralement un an après que le diagnostic a été posé, ce qui veut dire qu'elles ne sont soignées que pendant un an. Si par contre ces personnes réchappent à leur maladie, elles risquent d'attraper d'autres maladies qui risquent de coûter beaucoup plus cher en soins au cours des 30 ou 40 années qu'elles survivront ainsi. Je me demande si le déficit de la santé n'ira donc pas en s'alourdissant rien que de ce fait.

M. Martin: À condition que tous les autres facteurs ne changent pas, ce n'est pas ce que nos projections font ressortir et en fait toutes les options sont possibles. Jusqu'à présent, les démographes faisaient des prévisions à partir de certaines données et prédisaient l'avenir pour autant que tous les autres facteurs restent inchangés. Mais actuellement les épidémiologistes estiment qu'une projection linéaire de ce genre n'est plus valable.

M. Halliday: Vous m'inscrivez pour le deuxième tour.

Le président: Oui.

Monsieur Martin, pour en revenir à la question de la difficulté d'obtenir des données concernant les immobilisations, je comprends que l'Association nationale ait des difficultés, mais qu'en est-il des diverses provinces? Avez-vous essayé d'obtenir ces données auprès de vos associations provinciales?

M. Martin: Ce n'est que dans l'Ontario qu'on a pu enregistrer certains progrès, et ce grâce au Conseil des administrateurs de la santé de l'Ontario. Le Conseil de l'Ontario a donc essayé d'obtenir des renseignements des diverses institutions. On a donc demandé aux hôpitaux de nous fournir des listes de ce qu'ils estiment devoir avoir besoin au cours des cinq années à venir, et le montant total s'élève à quatre milliards.

M. Halliday: Je me rappelle de ce chiffre.

M. Martin: Très bien. Disons 4 milliards de dollars. Oui, mais il faut prendre en compte également qu'il y a beaucoup de chevauchement. Beaucoup de vœux pieux aussi. Il y a également beaucoup de: Ajoutons-le, on l'aura peut-être. Beaucoup de choses. Cela veut dire qu'il faut prévoir le cas de chaque institution après l'autre et essayer de négocier et de

[Text]

sector, a service and things like that. That is the difficulty, you know. We have assumed for years that hospitals have had to be everything to everybody, and we are now seeing more and more hospitals which do not necessarily have all the services, and that is nothing new. Some paediatric services have been closed and regrouped elsewhere. Some ob-gynecology have been regrouped, and so on. Things are not going to be identical forever. As other possible resources become available in terms of technology or substitute types of care or treatment, there are going to be changes.

The Chairman: Say in Ontario, is each hospital's submission for extra capital funding a secret situation from other hospitals? Is that what happens?

Mr. Martin: Each capital requirement in Ontario, and pretty well across the country, is negotiated individually with provincial authorities.

Mr. Halliday: Secretly.

Mr. Martin: Not necessarily. I think there is a lot of participation from the health council. Ontario has a large number of health councils. One which is quite good is the one here in Ottawa. The health councils, in co-operation with the health institutions, try to rationalize the distribution of resources so that they do not end up with three CAT scanners in one area and none at another, and three departments with such a thing and so on. So in Ontario, there is a kind of voluntary planning agency, I would call it, which is the regional agencies. In Quebec there are also regional bodies which are prescribed by legislation; it is different in Ontario. In other parts of the country there are different models. There are planning agencies, either voluntary or under government aegis, which are trying to see how resources could be allocated and how resources could be changed or transferred, depending on requirements or how needs are changing from one place to the other.

It is never a static situation. It changes. It is an dynamic situation which changes from time to time. We have had periods of time where the number of maternity wards were not sufficient, and now we are closing them. There has been a great demand for paediatric care. There is not that great a number of paediatric resources.

I remember a big hospital in Montreal that was operating at 50% to 55% occupancy. It is not very many years ago that St. Justin was not operating to full capacity. A number of paediatric services were closed, and now it is operating to capacity and we have good service.

The Chairman: Is it then true to say that the hospital boards in the provincial governments are continuously negotiating for further capital expenditures, either equipment or buildings, and that therefore at a given time there is no way you can say there is application for so much capital expenditure around the country or around a given province?

[Translation]

voir les besoins d'une localité et d'une région, d'un secteur, d'un service. Voilà la difficulté. Nous avons tenu pour acquis pendant des années que les hôpitaux devaient fournir tous les services possibles et imaginables et nous nous rendons compte maintenant que de plus en plus d'hôpitaux n'ont pas nécessairement tous les services et d'ailleurs ce n'est pas nouveau. Certains services de pédiatrie ont été fermés puis regroupés ailleurs. D'autres services gynécologiques ont subi le même sort, etc. Les choses ne sont pas immuables. Il va y avoir des changements au fur et à mesure qu'il y aura davantage de moyens technologiques que l'on pourra utiliser et également compte tenu de l'augmentation des moyens de traitement.

Le président: En Ontario, je voudrais savoir si en Ontario les demandes que font les hôpitaux pour obtenir des fonds supplémentaires diffèrent de ce que font les autres hôpitaux au pays? Est-ce que c'est ça qui se passe?

M. Martin: Les besoins en capitaux en Ontario ainsi d'ailleurs que partout au pays sont négociés demande par demande avec les responsables provinciaux.

M. Halliday: Négociés en secret.

M. Martin: Pas nécessairement. Les conseils de santé participent beaucoup aux négociations. Il y en a beaucoup en Ontario. D'ailleurs il y en a un très très bon ici à Ottawa. Ces conseils, en coopération avec les services de santé, essayent de rationaliser la répartition des ressources afin d'éviter que dans une région l'on trouve trois scanners CAT dans trois services et aucun ailleurs. Donc, en Ontario, il existe un certain type de services de planification que j'appellerais un service bénévole, il s'agit des agences régionales. Au Québec, il y a également des organismes régionaux, mais à la différence des services ontariens, ces derniers ont été créés conformément à la loi. Ailleurs il y a des modèles différents. Il existe des services de planification soit sous les auspices du gouvernement qui ont pour tâche d'essayer de voir comment ces ressources vont être réparties, comment elles pourront être transférées ou modifiées compte tenu des demandes, ces services étudient également l'évolution des besoins d'un endroit à l'autre.

La situation n'est jamais statique. Elle évolue avec le temps. Nous avons connu des périodes où le nombre de services dans les maternités n'étaient pas suffisants et à l'heure actuelle on en ferme. La demande de soins pédiatriques a été très forte; par contre les ressources dans ce domaine ne sont pas très nombreuses.

Je me souviens d'un gros hôpital à Montréal où 50 à 55 p. 100 des lits étaient inoccupés. Il n'y a pas très longtemps Sainte-Justine ne fonctionnait pas à pleine capacité. Plusieurs services en pédiatrie ont été fermés. À l'heure actuelle, l'hôpital fonctionne à pleine capacité et nous avons de bons services.

Le président: Est-il vrai dans ce cas de dire que les conseils d'administration des hôpitaux des gouvernements provinciaux négocient en permanence pour obtenir davantage, que ce soit du matériel, des édifices, et qu'en conséquence il ne vous est jamais possible de dire que les demandes qui vous sont faites sont excessives soit dans l'ensemble du pays ou alors dans une province?

[Texte]

Mr. Martin: It is very difficult. It is a changing situation on a day-to-day basis, depending on what is being reviewed, what is being approved, what has been turned down, what is being closed, or what is being modified.

The Chairman: Thank you. I will go on to Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, I appreciate the point you are trying to make, and I think it is a valid one. It seems to me common sense that there will not be the same proportion of elderly people in hospitals 10 years, 15 years from now, as there are now. And I think that is a worthwhile point for you to make, and I thank you for making it.

I draw your attention to the conclusion of your brief, on page 6, in which you suggested that before this Bill becomes law, before the regulations governing the Act are finalized, you urge the minister to seek consultations with provincial governments other organizations with expertise and an interest in maintaining Canada's health care system as one of the world's best. Is it realistic to think at this point that would happen, and do you not think if it did, it would jeopardize the passage of this Bill?

• 1640

Mr. Martin: Mr. Chairman, if the matters for discussion are the two issues, namely user fees and extra-billing, as we have said in our statement, with some reservation, we do not have any difficulty. The problem as we see it right now is that the discussion is going way beyond those two issues and we are talking about all kinds of things. We are talking about funding. We are talking about substitution. If this is the case, I think we need a lot more time, consultation, expertise, study, and money.

Mr. McCauley: But you would be happy to pass this Bill in its present form?

Mr. Epp: Subclause 22.

Mr. Martin: Clauses 3 and 4 are very misleading.

Mr. McCauley: So would you jeopardize the Bill because of Clauses 3 and 4?

Mr. Martin: It does create assumptions in the heads of people that are not pursued in the rest of the legislation; and that we have said in here and we have said in our paper.

If the issues are extra-billing and user fees, that is one aspect. If the issue, as we said here, is to revise, redesign, the health care system, I think it is a very different ballpark.

Mr. McCauley: I am not sure you answered the question, but nevertheless, let us move on.

You have made the point several times in response to other questioners that there is no underfunding in the system. But you suggest in a sense that there is, on page 2 of your report,

[Traduction]

M. Martin: C'est effectivement fort difficile. Comme je vous l'ai dit, la situation évolue au jour le jour compte tenu des questions que l'on étudie des subventions que l'on donne, de celles qu'on refuse, de services que l'on ferme ou que l'on change.

Le président: Merci. Je vais maintenant donner la parole à M. McCauley.

M. McCauley: Monsieur le président, je vois ce que vous dites et à juste titre d'ailleurs. Je crois qu'il est raisonnable de dire que le nombre de personnes âgées dans les hôpitaux dans 10 ou dans 15 ans d'ici ne sera pas le même qu'à l'heure actuelle. Et ce que vous dites est très valable et je vous remercie de l'avoir dit.

J'attire votre attention sur la conclusion de votre mémoire à la page 7 où vous dites qu'avant d'adopter le projet de loi, avant que les règlements d'application n'aient force de loi, vous priez instamment le ministre de rencontrer les gouvernements provinciaux et d'autres organisations compétentes de façon à faire en sorte que la santé au Canada continue d'être l'une des meilleures au monde. Est-il réaliste de penser maintenant que c'est ce qui va se passer, ne pensez-vous pas que en l'occurrence, ce serait faire courir de grands risques à l'adoption de ce projet de loi?

M. Martin: Monsieur le président, nous avons dit dans notre mémoire en y mettant toutefois certaines réserves que nous étions disposés à discuter de deux questions, à savoir la surfacturation et le ticket modérateur. De la façon dont nous voyons les choses à l'heure actuelle, le débat va bien au-delà de ces deux questions. Nous parlons en effet de financement. Nous parlons également de substitution. Si c'est le cas, il nous faut davantage de temps, de consultations, de connaissances, d'études et également d'argent.

M. McCauley: Mais vous ne trouveriez rien à redire à ce que le projet de loi soit adopté en l'état?

M. Epp: Paragraphe 22.

M. Martin: Les articles 3 et 4 sont très trompeurs.

M. McCauley: Vous compromettrez l'adoption du projet de loi à cause des articles 3 et 4?

M. Martin: Comme nous l'avons dit et comme nous l'avons écrit dans notre mémoire, ces articles laissent croire certaines choses qui ne reviennent nulle part ailleurs dans le projet de loi.

La surfacturation et le ticket modérateur c'est un côté seulement. Si par contre, comme nous l'avons dit, on veut repenser, réformer la prestation de soins au Canada, c'est tout à fait différent.

M. McCauley: Je ne crois pas que vous ayez répondu à la question, mais en tout cas passons à autre chose.

A plusieurs reprises en répondant à d'autres personnes vous avez dit que le système n'était pas sous-financé. Par contre, vous dites que dans un sens il l'est à la page 2 de votre rapport, paragraphe 1 en haut de la page «Financement adéquat»:

[Text]

under number 1, at the bottom of the page, "Adequate Funding":

If not carefully monitored and assessed, budgetary restraints may cripple the overall health care delivery system, and in particular its institutional component. It is clear that hospital facilities, due to their share of the health dollar, have been prime targets of such policies.

Are you not suggesting by that statement that there is some kind of underfunding in the system on the provincial level?

Mr. Martin: Again, the issue of underfunding is one that varies from one institution to the other. If one is to make a statement that the system is underfunded, as one thing...

Mr. McCauley: I am not making that statement.

Mr. Martin: If one is making the statement that some institutions could be affected, yes.

Mr. McCauley: Is that what you are saying?

Mr. Martin: Oh, yes, sure—some institutions. And we have said it here also, that a number of institutions are being affected. There is no question about that.

Mr. McCauley: But that is within each province, because of the allocation of the medicare dollars within a province.

Mr. Martin: Because of the allocation of resources. I think one example might be the Province of Quebec. All of a sudden, when they did the reallocation of the budget based on the intensity of the services offered, they found there were hospitals that were short and hospitals that were under, and they tried to reallocate the resources within pretty well the same budget end load. That is basically the process.

And this is not new. In the U.S. right now there is a number of major programs which are trying to do exactly the same, to reallocate within the system—they have all kinds of funny terms, but they are talking of "budget neutrality". "Budget neutrality" means there is no more money; but there are some that have a lot more and others that have less. How could transfer be effected? In our Canadian health care system it is feasible and possible. It is more difficult in the U.S. system, because of the fact that it is partly public and partly private.

Mr. McCauley: Thank you.

The Chairman: Mr. Schroder.

Mr. Schroder: I have had quite a bit of experience on health councils, and I think the standpoint of a step in the right direction of trying to rationalize health care dollars that are spent—it is an excellent way of doing it. I am not quite as pessimistic as some of my colleagues about the prospects of the future. For example, what I am really concerned about is that when we remove patients who should be in chronic beds from acute beds to the proper chronic facilities, we immediately fill up the acute bed with another acute bed. I am a little concerned about Parkinson's Law here; that is, that the number of

[Translation]

Sans une surveillance et une évaluation attentive, il se pourrait que les restrictions budgétaires compromettent gravement le système de prestation des soins de santé tout entier. Il est clair, à cause de leur part des fonds consacrés à la santé, que les établissements hospitaliers ont été les principales cibles de ces restrictions...

En disant cela, est-ce que vous ne dites pas que le système au niveau provincial n'est pas suffisamment subventionné?

M. Martin: Cette question, je le répète, se pose différemment d'une institution à l'autre. Si l'on veut dire que le système n'est pas suffisamment subventionné, d'une part...

M. McCauley: Je ne dis pas cela.

M. Martin: Si l'on dit que certaines institutions risquent d'être touchées, oui.

M. McCauley: C'est ce que vous dites?

M. Martin: Bien entendu—certaines institutions vont être touchées. Et nous l'avons dit ici aussi. Cela ne fait aucun doute.

M. McCauley: Mais c'est dans chaque province à cause de la façon dont sont répartis les crédits de l'assurance médico-hospitalière.

M. Martin: À cause de la répartition des ressources financières. Prenons par exemple la province de Québec. Tout à coup, en réaménageant le budget compte tenu des services fournis, des administrateurs se sont rendu compte que certains hôpitaux n'avaient pas assez d'argent, que d'autres en avaient encore moins, et ils ont essayé de réaménager les ressources tout en disposant virtuellement du même budget. Voilà en gros comment les choses se passent.

Ce n'est pas nouveau. Aux États-Unis, à l'heure actuelle, on a mis en oeuvre plusieurs programmes importants destinés à faire exactement la même chose, réaménager les ressources—ils utilisent pour parler de cela des expressions qui prêtent à sourire: ainsi, ils parlent de «budget neutre». Par «budget neutre», il faut comprendre qu'il n'y a plus d'argent, mais certains hôpitaux reçoivent plus d'argent que d'autres. Comment pourrait-on effectuer ces transferts de ressources financières? Dans notre système canadien c'est possible. Ce l'est moins dans le système américain car il est en partie public et en partie privé.

M. McCauley: Merci.

Le président: Monsieur Schroder.

M. Schroder: Je connais assez bien les conseils, et je pense que le fait d'essayer de rationaliser le budget consacré à la santé est un pas dans la bonne direction et une excellente façon de procéder. Je ne suis pas aussi pessimiste que certains de mes collègues quant aux perspectives à venir. Par exemple, ce qui m'inquiète, c'est le fait de déplacer des malades traités dans des services pour maladies chroniques dans des services pour maladies aiguës, immédiatement lorsqu'il y a une place de libre dans un service de maladies aiguës on la fait prendre à un autre malade qui a une maladie aiguë. Je me pose des ques-

[Texte]

patients will expand to fill the beds. What we have been hearing lately is that we have too many doctors in the system; maybe we have too many hospitals in the system. How would you respond to that?

• 1645

Mr. Martin: My reaction would be the following: When you say "too many hospitals", that begs another question, the other question being what is the alternative? Meaning that if you expand the number of beds in the hospital, you have, as you explained, more patients. But what can you offer in exchange as a substitution? This is the whole debate: How do we reorganize? How do we redesign the system in order to cope with that kind of problem? Yes, there might be too many beds, but there might not be too many beds if there is no alternative location elsewhere to pick up the need, or the patients who will be released to be hospitalized or taken care of.

Mr. Schroder: In the operation of the hospitals, and this is what you are concerned about, what sort of relationship do you have in, say . . . ? I guess one way of reducing the number of needed beds is to reduce the number of person-days per bed, which is the bed occupancy of the hospital. Who basically controls the occupancy rate?

Mr. Martin: The hospital is divided into a number of sections. A specialty, or a service, is allocated to each section, and the people in that service are responsible for seeing that those beds are occupied daily. If you have a 500-bed hospital, it could be broken down into units of 12, or 15, or 25, but they are not all the same. You could have half of your ward full to capacity all the time, while some of the others were not full. People assume that beds are interchangeable all the time. It is a false assumption. The beds are not interchangeable all the time. You do not just decide that today you pick an accident case and next day you have a particular case there, and so on. The beds are allocated. When you have a bed quota you have a certain flexibility, but it goes only a certain way.

Mr. Schroder: I guess what I am looking at, philosophically, is the fact that we have a status quo now; we have a pragmatic situation. We have a problem in the fact that we do not have enough beds, if you try to look at the rationalization; in other words, we do not have enough chronic beds and we do not have enough home care, therefore, we have people in hospital beds, acute beds, who should not be there. We have that immediate problem.

It strikes me, from what we have been hearing, that there has to be almost a revolution in the health care system in order to get things changed. For example, when I was young—which was 100 years ago—there were beds in our general hospital that were filled with communicable diseases—chicken pox, smallpox. They are not there any more. This has been a fantastic change. There used to be a lot of beds, rehabilitation beds, that were taken up with polio victims. There are not

[Traduction]

tions au sujet de la Loi de Parkinson dans ce cas-ci à savoir que le nombre de malades va continuer d'augmenter afin que tous les lits soient occupés. Tout dernièrement, on nous a dit qu'il y avait trop de médecins, peut-être qu'il y a également trop d'hôpitaux. Qu'est-ce que vous auriez à dire à ce sujet.

M. Martin: Je dirai ceci: quand vous dites qu'il y a trop d'hôpitaux, cela pose une autre question à savoir quelle est l'alternative? Cela veut dire que si dans un hôpital vous augmentez le nombre de lits, comme vous l'avez dit vous-même, vous aurez davantage de malades. Et selon vous par quoi pouvez-vous remplacer cela? C'est là toute la question: comment réorganiser? Comment repenser le système afin de trouver une solution à ce problème? Comme vous le dites, il y a peut-être trop de lits, mais il se peut que cela ne soit pas le cas s'il n'y a pas d'autres services hospitaliers ailleurs pour répondre aux besoins, ou pour soigner les malades une fois sortis de l'hôpital.

M. Schroder: En ce qui concerne le fonctionnement des hôpitaux, et c'est ce qui vous intéresse, quels rapports avez-vous, disons . . . ? Peut-être l'une des façons de diminuer le nombre de lits nécessaires serait de réduire le nombre de personnes-jours par lit, c'est-à-dire le nombre de lits occupés dans un hôpital pour une journée. Qui contrôle le taux d'occupation?

M. Martin: Un hôpital est subdivisé en un certain nombre de services. Chaque section a un service, et ceux qui travaillent dans ce service sont responsables de l'occupation des lits chaque jour. Prenons le cas d'un hôpital de 500 lits, il pourrait être subdivisé en 12, 15 ou 25 unités, toutes différentes. La moitié des services pourraient fonctionner à pleine capacité en permanence alors que certains autres non. Les gens pensent à tort que l'on peut hospitaliser n'importe qui n'importe où. Ce n'est pas tout le temps possible. Ainsi, on ne décide pas un beau jour d'hospitaliser un accidenté dans tel service et le lendemain ailleurs, etc. Les lits sont répartis par service. S'il existe un quota de lits, alors il y a une certaine souplesse mais cela va dans un certain sens seulement.

M. Schroder: Je pense que ce que je considère c'est le plan philosophique, à savoir que nous connaissons un certain statu quo à l'heure actuelle. Nous avons un problème en ce sens que nous n'avons pas suffisamment de lits, si l'on envisage les choses d'un point de vue rationnel; en d'autres termes, nous n'avons pas suffisamment de lits pour les malades chroniques, nous n'avons pas suffisamment de soins hors milieux hospitaliers, en conséquence, il y a des gens qui sont hospitalisés dans des unités de traitements pour maladies aiguës qui ne devraient pas y être. Voilà le problème immédiat.

Je suis étonné, d'après ce qu'on nous a dit, qu'il faille presque changer de fond en comble le système pour que les choses changent. Par exemple, lorsque j'étais jeune—il y a bien longtemps de ça—certaines personnes avaient été hospitalisées à l'Hôpital général à cause de maladies transmissibles comme la petite vérole et la varicelle. Ces maladies ont disparu. C'est un changement extraordinaire. Il fut un temps où beaucoup de lits étaient occupés par des malades en réadaptation, c'est-à-

[Text]

those any more. We have lots of good examples of things in relation to which, 25 or 30 years ago, you would have said: You are dreaming if you think that is going to happen. But it has happened. What I am concerned about is the inertia, really, that there appears to be in regard to making these kinds of changes that we all say are needed.

Can you give me any ideas? If you had Aladdin's lamp and were able to rub it, what would you see as how we could start changing this inertia?

• 1650

Ms Labrèche: It would take a lot of courage and a lot of incentives, I guess.

Mr. Martin: I think it is a good question, Mr. Chairman. We have discussed that a number of times. I think we live in a society which, rightly or wrongly, I do not know, has come to regard institutions as a necessity. If we talk about your time and talk about my time, in my family many of the children were born at home, and many of the grandparents died at home. We now have institutionalized what I think are the two most important events in life, which are births and deaths, and we have now assumed that everything that goes in between has to be part of or in an institution. That is a mentality that is going to be very difficult to change. Is it possible in our society in 1984, and I do not necessarily want to turn the clock back because I know that society has changed. I know that the family is not what it used to be. I know that the number of children are not what they used to be. I know that the people do not live on the farm any more; they live in urban houses, and things like that. It might not necessarily be the same way, but there is definitely a need to work in trying to re-assess our philosophy and cure approach.

If you listen to the people across the world, and I attended last summer a seminar on long-term care, there are two models. There is the so-called medical model and the so-called social model. You know, maybe we should have another look at a social model. That would definitely require medical input, but need not necessarily be a straight extension of the medical system the way we know it now.

The Chairman: Thank you. Dr. Halliday again, please.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. Both Mr. McCauley and Dr. Schroder have touched on hospital bed utilization. I think Mr. Martin agreed, if I am not mistaken, with Mr. McCauley's suggestion that in the future maybe hospital beds, because of changes of pattern, disease and so on, may not be needed as much as they have been in the past. I wonder if I could get our witnesses to comment on what they see happening with respect to organ transplants. Now, we are now seeing organ transplants, heart, lung, kidney, liver, pancreas, all sorts of things that involve not a few days in hospital but a few months in hospital. We are now just on the verge of the sophistication of those procedures to the point where it will be possible, I suspect, to have many people

[Translation]

dire des victimes de la poliomyélite. Aujourd'hui il n'y en a plus beaucoup. Il y a beaucoup de bons exemples que l'on peut donner si on se reporte à ce qui se passait il y a 25 ou 30 ans à propos desquels on aurait dit: Vous rêvez en couleurs si vous pensez que ça va arriver. Mais c'est arrivé. Ce qui m'inquiète, c'est l'inertie apparente eu égard à ces changements dont nous pensons tous qu'ils sont nécessaires.

Pouvez-vous me donner des idées? Si vous aviez une boule de cristal, que verriez-vous qui nous permettrait de faire bouger les choses?

Mme Labrèche: Il faudrait beaucoup de courage et d'encouragements, j'imagine.

M. Martin: La question est bonne, monsieur le président. Nous en avons parlé à plusieurs reprises. Je ne sais pas si c'est bon ou mauvais, mais la société dans laquelle nous vivons a fini par considérer les institutions comme une nécessité. Si nous parlons de votre époque et de mon époque à moi, dans ma famille beaucoup d'enfants sont nés à la maison, et beaucoup des grands-parents y sont morts. Nous avons maintenant institutionnalisé ce que je crois être les deux événements les plus importants de la vie, c'est-à-dire la naissance et la mort, et nous tenons pour acquis que tout ce qui se passe entre ces deux événements doit être associé à une institution. Cette attitude sera très difficile à changer. Est-ce qu'il sera possible de réorienter notre société telle qu'elle existe en 1984. Ce n'est pas dire que je veux remonter en arrière car je sais que la société a changé de nature. Je sais que la famille est différente de ce qu'elle était autrefois. Je sais qu'il y a moins d'enfants que dans le passé. Je sais que les gens ne vivent plus sur la ferme; ils vivent dans des maisons de ville, et ainsi de suite. On n'arriverait pas nécessairement au même système, mais c'est sûr qu'il faut essayer de réévaluer notre philosophie et notre approche.

Si vous écoutez les gens qui viennent d'un peu partout au monde, et l'été dernier j'ai assisté à un colloque sur les soins à long terme, il existe deux modèles. Il y a le modèle dit médical et le modèle dit social. On devrait peut-être réexaminer le modèle social. Il faudrait bien sûr une contribution médicale, mais il ne s'agirait pas nécessairement d'une extension directe du système médical tel que nous le connaissons actuellement.

Le président: Merci. Encore une fois, docteur Halliday, s'il vous plaît.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. M. McCauley et le Dr Schroder ont tous les deux parlé du taux d'utilisation des lits d'hôpitaux. Si je ne me trompe pas, M. Martin était d'accord avec la suggestion faite par M. McCauley selon laquelle il nous faudra peut-être moins de lits d'hôpitaux à l'avenir, à cause des changements quant aux fréquences des maladies et ainsi de suite. Je me demande si je pourrai demander à nos témoins de nous dire quelques mots au sujet des transplantations d'organes. Nous voyons maintenant des transplantations d'organes, de coeur, de poumons, de reins, de foie, de pancréas, enfin toutes sortes d'interventions qui impliquent un séjour non pas de plusieurs jours mais de plusieurs mois à l'hôpital. Ces méthodes ont été développées

[Texte]

undergo those procedures. Not only will we use up the apparent vacuum in beds that Mr. McCauley referred to but we will also need more beds because they are going to be staying for months in hospital in order to be fit to go home. I wonder if our witnesses could just comment on what they see happening in the hospitals, particularly the tertiary-care hospitals, with respect to organ transplants and the use of hospital beds.

Mr. Martin: Mr. Chairman, I think we are concerned with all that and, again, have tried with very limited resources to exercise some leadership in this country in that regard. Not further than two weeks ago we had here in Ottawa an invitational national conference which had as its main topic the health institution of the future. It is pretty clear that with the knowledge and technology available today we will have to look into some of the procedure you just described.

The one that is probably going to have the most important and major impact on the health care institution of the future is the communication technology, because of the fact that distance is not necessarily a problem any more. The whole issue of how hospitals and health care institutions will adapt to the communication technology, as it is available now at a certain price, is definitely one sector we would like to look at.

• 1655

That will require many, many more years of study. The National Research Council has indicated interest in funding some projects jointly with us. The Medical Research Council has also indicated that it might be interested to see how the impact of some of the research and some of the results that have been produced by the researchers could be implemented into health care institutions in Canada, and what we call the health care institutions of the future. But that is an extremely complex issue. I am not saying we should not look at it, but I think it will require a lot more resources than we have right now.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, one more question, if I may, on a different aspect of funding that we really have not touched on. Actually it relates to what the Bill is all about, in a sense.

First of all, let me say I think it was Madam Labrèche who mentioned with some pride—and I was glad to see it—that your organization is made up of volunteers. That is good, and I commend you for that. I am glad to see that still exists.

Given that situation, and given the fact that now most hospital funding comes from federal or provincial sources, there is still a precious little bit coming from user fees, and that is one of the things this Bill is all about. I do not think you have really told us how you feel about user fees—in any detail, anyway.

[Traduction]

juste au point où j'imagine qu'il sera bientôt possible de les offrir à de nombreux patients. Alors non seulement nous faudra-t-il les lits qui semblaient être excédentaires dont M. McCauley a parlé, mais il nous faudra plus de lits car ces gens vont passer des mois à l'hôpital avant de pouvoir rentrer chez eux. Je me demande si nos témoins pourraient dire quelques mots au sujet de l'avenir des hôpitaux, surtout les hôpitaux de soins tertiaires, quant aux transplantations d'organes et à l'utilisation des lits.

M. Martin: Monsieur le président, c'est une question qui nous préoccupe tous, et encore une fois, tout en respectant nos ressources très limitées, nous avons essayé de jouer un rôle de leader au Canada à cet égard. Il y a à peine deux semaines une conférence nationale dont le sujet principal était l'institution sanitaire de l'avenir, s'est tenue ici à Ottawa. Il est clair que nous aurons à examiner certaines des procédures que vous venez de décrire, étant donné les connaissances et la technologie dont nous disposons aujourd'hui.

Ce sont probablement les communications qui auront le plus grand impact sur l'institution de l'avenir, puisque les distances ne posent plus nécessairement un problème. Toute cette question de savoir comment les hôpitaux et les institutions de soins médicaux vont s'adapter à la technologie de la communication, qui est déjà disponible à un certain prix, c'est quelque chose que nous aimerions examiner.

Cela exigera encore de très nombreuses années d'étude. Le Conseil national de recherches a dit qu'il serait éventuellement intéressé à cofinancer certains projets avec nous. Quant au Conseil de recherches médicales du Canada, il a lui aussi révélé qu'il serait peut-être intéressé à voir comment certaines des recherches et certains des résultats obtenus par les chercheurs pourraient être appliqués à des établissements de soins de santé au Canada et ce que seront nos établissements de soins de santé du futur. Mais il s'agit là d'une question fort complexe. Je ne dis pas que nous ne devrions pas examiner cette question, mais je pense qu'elle exigera beaucoup plus de ressources que celles dont nous disposons à l'heure actuelle.

M. Halliday: Monsieur le président, une dernière question, si vous me permettez, au sujet d'un aspect différent du financement auquel nous n'avons pas encore touché. En fait, cela se rapporte dans un certain sens à l'essence même du projet de loi.

Tout d'abord, permettez-moi de dire que c'est Madame Labrèche, il me semble, qui a mentionné avec une certaine fierté—que j'ai d'ailleurs été heureux de constater, que votre organisme est composé de bénévoles. Cela est bien, et je vous en félicite. Je suis ravi de constater que cela existe toujours.

Étant donné cette situation et le fait qu'à l'heure actuelle le gros du financement des hôpitaux provient de sources fédérales ou provinciales, il y a encore un tout petit peu d'argent qui provient des frais modérateurs, et il s'agit là de l'une des choses auxquelles s'intéresse ce projet de loi. Je ne pense pas que vous nous ayez vraiment dit, du moins pas de façon détaillée, ce que vous pensez des frais modérateurs.

[Text]

Secondly, a certain amount of your funding comes from your voluntary organizations, your women's auxiliary, and I would see reason for a lot more coming from your local communities in various ways. Various service clubs now will fund something for your hospital that you would not otherwise have in your hospital—some type of equipment, I would say, or perhaps a room or some beds and so on. Those are sources of funding. I am wondering if as an association the CHA encourages more and varied sources of funding for your hospitals from within the community, whether they be by user fees or by donations by citizens that are tax deductible or by service club donations or funds raised by your hospital women's auxiliary.

Finally, on that same question, what is the position of the CHA on the proposal of give-and-take in the tax system, which is a proposal put forward by the National Voluntary Organization, which I presume you belong to, since you are a voluntary organization? Do you support the give-and-take proposal, and do you see that as an advantageous way to get more funding for your hospitals, if there were an incentive for the local taxpayer to contribute to your hospital? In other words, if you can sell a good idea in your hospital to your local citizens, why do we not have more incentives to encourage the citizens to give to your hospital so we can do away with some of this federal and provincial funding that you seem to be so dependant on now?

You might see the drift I am getting at.

Mr. Martin: Mr. Chairman, the issue of user fees is addressed on page 2 of our brief, where the position has been defined in co-operation with all the provincial associations. It reads as follows:

User fees should not be implemented where there is any possibility that the imposition of such charges may unduly limit access to necessary health services.

We have submitted that to a number of organizations.

As for the question of donations, it is quite true that the women's auxiliaries and other organizations around hospitals do from time to time support through donations some of the activities of the hospital. But I would like to go back to a little bit of history. I will not go back as far as Mr. Justice Hall this morning, but probably not far from it.

Hospitals were built in this country following a major grant program at the national level which was approved after World War II and the late 1940s and 1950s, at which time there was a matching-grant program between the federal and provincial and also the local authorities. You will remember that in the 1940s and the 1950s and the early part of the 1960s there were major fund-raising drives across this country to raise some money for health care institutions, basically for brick and mortar and some equipment.

[Translation]

Deuxièmement, une certaine partie de vos fonds proviennent de vos organismes de bénévolat, des dames auxiliaires, et cetera, mais il me semble qu'une part plus importante pourrait venir de vos communautés locales, et ce de différentes façons. Certains organismes philanthropiques seraient peut-être prêts à acheter quelque chose pour votre hôpital que vous ne pourriez pas obtenir autrement: je songe notamment à certaines machines, à des pièces spéciales, à des lits, et cetera. Voilà des sources de fonds. J'aimerais savoir si l'AHC encourage en tant qu'association le recours à des sources de financement plus variées pour vos hôpitaux, qu'il s'agisse de frais modérateurs, donc déductibles d'impôt, versés par des citoyens, de dons offerts par des services philanthropiques ou de fonds collectés par les dames auxiliaires de l'hôpital.

Enfin, toujours au sujet de cette même question, quelle est la position de l'AHC sur la proposition relative à un système fiscal donnant, donnant proposition avancée par la «*National Voluntary Organization*», dont vous faites sans doute partie, puisque vous êtes vous-mêmes un organisme de bénévolat? Appuyez-vous la proposition donnant, donnant, et pensez-vous que ce serait là une façon avantageuse d'obtenir davantage de fonds pour vos hôpitaux, s'il existait des mesures d'encouragement pour inciter les contribuables locaux à verser de l'argent à votre hôpital? Autrement dit, si vous étiez en mesure de vendre une bonne idée aux gens qui vivent dans votre localité, pourquoi n'aurait-on pas davantage de mesures d'encouragement visant à inciter les citoyens à donner de l'argent à votre hôpital afin de nous écarter des formules de financement fédérales et provinciales dont vous dépendez tellement à l'heure actuelle?

Vous voyez où je veux en venir.

M. Martin: Monsieur le président, nous faisons état de la question des frais modérateurs à la page 2 de notre mémoire, où nous énonçons une position que nous avons définie en collaboration avec les associations provinciales. Notre texte se lit comme suit:

Les frais modérateurs ne doivent pas s'appliquer, s'il existe une possibilité que leur imposition puisse limiter indûment l'accès aux services de santé nécessaires.

Nous avons soumis cette idée à un certain nombre d'organismes.

Quant à la question des dons, il est tout à fait vrai que les dames auxiliaires et d'autres organismes hospitaliers donnent de temps en temps un certain appui à l'hôpital en offrant des dons à l'intention de certaines activités. Mais j'aimerais remonter un peu en arrière. Je ne remonterai pas aussi loin que l'a fait le juge Hall ce matin, mais presque.

Les hôpitaux dans ce pays ont été construits suite à un programme de subventions d'envergure lancé au niveau national qui avait été approuvé après la Seconde Guerre mondiale et qui s'est maintenu jusque dans les années 1950, époque où un programme de subventions jumelées a été négocié entre les autorités fédérales, provinciales et locales. Vous vous souviendrez que plusieurs importantes campagnes de souscription de fonds ont été entreprises dans ce pays dans les années 1940 et 1950 et même au début des années 1960, en vue de trouver de l'argent pour les établissements de soins de

[Texte]

[Traduction]

santé, et notamment pour acheter des briques, du ciment et du matériel.

• 1700

Because of the major involvement of all hospitals across the country in adapting to the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, this need for capital funding was more or less put aside for awhile. You will remember that at that time education more or less took over where health left off and the money started to go the universities. A large number of universities did tap what we could call the donation dollar to expand, to change, modify and so on.

Basically, the hospitals have been out of the donation field for the last, I would say, 15-20 years as a very active organization. They are now coming back very rapidly.

The problem is that they are now competing with the philharmonic orchestras, the universities, the churches, and so on. The dollar is not expanding very rapidly. So the possibility of increasing the funding dramatically through donation, although real, has some fairly major limitations.

As to your suggestion about the National Voluntary Association and the give and take, we were told that this project was dead, that it was not going to go anywhere. We did participate in it way, way back and did support the concept, but I do not think it is going very far right now.

Mr. Halliday: May I react to that very last statement?

The Chairman: Certainly.

Mr. Halliday: It is not dead because within the last year the government has implemented the first part of it: the take. In other words, they disallowed the \$100 deductible for everybody. That is now disallowed. That was one part of it.

They have not implemented the other part of it, which would allow a significant income tax credit, shall we say. If a \$100 donation was made to a hospital, you might get say a \$50 tax credit, the way you do for a political donation. I hope it is not dead and I do not know what the authority is that Mr. Martin has to say that it is dead. I have never heard that.

Mr. Martin: We belong to an organization which is called the Canadian Centre on Philanthropy, which is a fairly new organization in Toronto, because we do not have the structure nor the resources to get involved in this extremely complex broad field of donation. Through them, we have received indications that this was not progressing very far. We also belong to another organization which is called IDPAR, Institute of Donation and Research, which is involved in collecting data on donation.

The Chairman: Yes, as far as that give-and-take proposal is concerned, as Dr. Anisef said, part of it was implemented in the budget last year. The other part, about having tax credits rather than tax deductions, is still to be done. We will of

Le fait que tous les hôpitaux au pays ont dû faire de grands efforts pour se conformer à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques a plus ou moins retardé la demande de capitaux d'immobilisation. Vous vous souviendrez de l'époque où l'éducation a repris le financement là où la santé l'avait laissé. C'est alors qu'on a commencé à diriger les fonds vers les universités. Un grand nombre d'entre elles ont fait appel aux dons afin de faire agrandir leurs locaux, de faire certains changements et ainsi de suite.

Essentiellement, les hôpitaux ne font plus appel aux dons depuis 15 ou 20 ans. Toutefois, ils recommencent à le faire de plus en plus.

Toutefois, ils font face au problème de la concurrence avec les orchestres philharmoniques, les universités, les églises et ainsi de suite. Les augmentations ne viennent pas très rapidement alors la possibilité de renflouer les coffres des hôpitaux par les dons est assez limitée.

Quant à votre proposition au sujet de la «*National Voluntary Association*», (Association nationale du bénévolat), on nous a dit que le projet n'existait plus, qu'il ne se passait plus rien. Nous y avons participé il y a très longtemps et nous étions favorables à sa philosophie. Toutefois, il ne se passe pas grand-chose en ce moment.

M. Halliday: Permettez-moi de réagir à la dernière affirmation.

Le président: Bien sûr.

M. Halliday: Il n'est pas mort car l'an passé le gouvernement a su mettre en oeuvre la première partie du projet. C'est-à-dire il a rejeté la déduction de 100\$. Cette déduction d'impôt n'est plus admissible. Voilà pour ce qui est de la première partie du projet.

Toutefois, il n'a pas mis en oeuvre la deuxième partie. C'est-à-dire il n'a pas permis le crédit d'impôt. En vertu de cette deuxième partie, on pourrait obtenir un crédit d'impôt de 50\$ sur un don de 100\$ destiné à un hôpital. C'est le même système que pour les dons aux partis politiques. J'espère que le projet n'est pas mort. J'ignore en vertu de quoi M. Martin estime que rien ne va plus. C'est une nouvelle pour moi.

M. Martin: Nous sommes membres d'un organisme du nom de *Centre canadien de la philanthropie*, un regroupement assez nouveau à Toronto, parce que nous n'avons ni la structure ni les ressources nécessaires pour obtenir des dons. C'est par son biais que nous avons appris qu'on ne faisait plus beaucoup de progrès dans ce domaine. Nous sommes également membres d'un organisme appelé I.D.P.A.R. (Institut de dons et de recherche) qui se charge de recueillir des données sur les dons.

Le président: En ce qui concerne la formule donnant, donnant, comme l'a signalé le docteur Anisef, une partie a été mise en oeuvre suite au budget de l'an dernier. La deuxième partie, celle consistant à créer un système de crédits d'impôt

[Text]

course have another budget tomorrow, but whether it will be done tomorrow or not I do not know. But I know that I and other Members of Parliament are still actively pursuing that second part of that business because the volunteer structure is so important in the country. It should be encouraged in every way possible.

I just have Dr. Hudecki left, and we are coming back at 7.30 p.m. with some more witnesses. Doctor?

Dr. Hudecki: I just have one question I just want to make a comment about the sort of simplistic attitude that is being shown as to utilization of hospital beds. As certain diseases are controlled and there is less and less need for hospital beds, a proportionately much higher need arises as the public increases in sophistication as to knowledge of disease and as long as there is research work going on. Now beds are occupied at a greater rate than they were because of vehicular accidents. They are occupied longer because of all the reconstructive work being done, both cosmetically and as a result of various injuries that occur. Also, the precision of diagnosis is now so much more precise than what it was, and that unfolds a variety of conditions and diseases that were not studied and understood before. So I think the panel is perfectly right that they cannot predict what the needs will be from year to year. In addition, with the chairman being a lawyer, I might also point out why people do not remain at home as often as they did. It is because time and again, if complications arise at home and it is felt that optimum treatment is not given, then doctors are really put on the spot with malpractice suits. So with that situation as it stands, it is almost impossible to predict not only the requirement of hospital beds but also the sophistication of the hospitals of the future. I think members of the panel are struggling with a problem that has no immediate solution.

• 1705

The only comment I would like to make is that I think the public should be given a very good understanding of how much money is being spent. Obviously the public wants the bills to be handled by taxes and by premiums and not by paying privately, so we should be able to indicate quite accurately what the costs are from year to year. I know the projection is difficult, but I have been trying to find out just how the costs are being financed at the hospital level from year to year, from that pool of money that exists in the provincial treasury and which has been set aside for medicine, and I just cannot get those statements. The financial status of each province, the money set aside for medicare, must be known if the doctors can negotiate their fees in the future with appropriate agencies. It must also be known as to whether or not hospitals are really properly financed, and if we do not know those figures precisely, then we are really working in a vacuum. We are speculating as to what the costs are. When someone says it is underfunded, there is not any accounting to back it up. That is the only question I have.

Mr. Martin: The hospitals are trying now to account under a system which is known across the country as the Canadian Hospital Accounting Manual, which is basically a system that

[Translation]

par opposition aux déductions d'impôt, reste à faire. Evidemment, nous attendons un autre budget demain, mais je ne sais pas si ce deuxième volet en fera partie. Toutefois, je vous assure que moi-même et certains autres députés cherchons à faire mettre en oeuvre cette mesure car le bénévolat est tellement important pour le pays. Il faut l'encourager par tous les moyens possibles.

Il me reste le nom du docteur Hudecki. Nous reviendrons ce soir à 19h30 pour entendre d'autres témoins. Docteur?

Dr. Hudecki: Ma question prend la forme d'un commentaire sur l'attitude simpliste que l'on semble avoir envers l'utilisation des lits d'hôpitaux. Au fur et à mesure que des maladies sont contrôlées, la demande de lits diminue. Toutefois, la demande de lits augmente au fur et à mesure que le public arrive à mieux connaître la nature des maladies et que les travaux de recherche se poursuivent. Le taux d'occupation des lits est beaucoup plus élevé qu'auparavant à cause du nombre accru d'accidents d'automobile. Les lits sont occupés plus longtemps à cause de la nature des soins, cosmétiques et autres, et à cause des blessures qui surviennent. De plus, le diagnostic est tellement plus précis qu'auparavant qu'il révèle diverses conditions et maladies que l'on ne comprenait pas jadis. Donc, je crois que les témoins ont parfaitement raison de dire que l'on ne peut prévoir la demande d'année en année. De plus, puisque le président est avocat, je ferai peut-être remarquer que les gens ne restent pas aussi souvent chez eux que par le passé parce qu'en cas de complications, si on estime que le traitement laissait à désirer, les médecins courent le risque de se voir accuser de fautes ou d'incurie professionnelles. Étant donné la situation actuelle, il est presque impossible de prévoir quels seront les besoins en lits d'hôpital et aussi en appareils de diverses sortes. Je crois que les membres du groupe s'attaquent à un problème qui n'a pas de solution immédiate.

Je voudrais simplement dire qu'on devrait bien renseigner le public concernant la façon dont les crédits sont dépensés. Il est évident que la population veut que les impôts et les primes défraient les coûts et que ce ne soit pas une responsabilité individuelle, donc nous devrions être en mesure de savoir avec exactitude quels sont les coûts d'année en année. Je sais qu'il est difficile de faire des projections, mais malgré mes efforts de savoir comment les crédits du trésor provincial réservés aux soins de santé servent à financer les coûts des hôpitaux d'année en année, je n'arrive pas à obtenir les renseignements. Il faut que l'on soit au courant de l'état financier de chaque province et des crédits alloués à l'assurance-santé pour que les médecins puissent négocier à l'avenir leurs barèmes avec les organismes concernés. Il faudra aussi que l'on sache si les hôpitaux sont financés de façon adéquate et sans des chiffres précis, nous travaillons dans le vide. Nous ne faisons que des conjectures concernant les coûts. Il peut être question d'insuffisance de fonds, mais il n'y a pas de données concrètes là-dessus. C'est la seule question que j'ai.

M. Martin: Les hôpitaux essaient maintenant de faire leur comptabilité selon le système du manuel de comptabilité des hôpitaux canadiens. Au fond c'est un système élaboré au cours

[Texte]

was designed in the 1950s and which was based on departmental allocation of resources, so much for each department, and so on. It had nothing to do with the product itself, namely patient care. So you can see how much is spent on laundry, the kitchen, nursing, and so on. But, again, to equate these costs with the treatment of one disease or one patient or one section, would be possible with a lot of work, but it is a long and difficult process.

What I have said is that we are trying hard to redesign the information system; this time not taking the department as the base for accounting or reporting, but taking the patient as the centre of the system and building around that all the reporting systems required to try to arrive at a proper definition of what is going on. So if you have a patient who is hospitalized and will require laundry support, kitchen, medical services and so on, allocations of resources are going to be made toward the treatment of that patient. It is probably feasible now, because of the technology which is available; those who started it in the 1950s and 1960s will remember that all accounting was done with a pencil, an eraser and a book, but most of this is now going through a computer system. It is possible to accumulate data. It is possible to store data. It is possible to manipulate data a lot faster and a lot cheaper. Hopefully, within a reasonable future—which probably could be anywhere between three and five or six years—a new management information system will provide the data we are talking about.

• 1710

If they are available at the local level, some of them could be aggregated at the regional level, and some of them could be aggregated at the provincial level, and some of them could be aggregated at the national level. The system is designed for institutions; it is not designed for associations, nor for government. It is to manage the institution, and from there, as by-products, some of the information will be transmitted on the network so we get some indication of where we are going with the system.

Mr. Hudecki: Mr. Chairman, I think we are not working with precise figures. Until that information is available, which it is not at the moment . . .

The Chairman: You have heard the difficulty this afternoon of getting those precise figures, for all sorts of reasons.

I would like on behalf of the committee to thank the delegation from the Canadian Hospital Association for coming and being with us this afternoon, and for all their information.

We have a meeting with two more sets of witnesses tonight: The Quebec Federation of General Practitioners, and the Victorian Order of Nurses for Canada.

I think Dr. Lang has have a point of order. Dr. Lang.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman. I would like to suggest that we hear the Ontario Medical Association as one of the witnesses to the committee. I understand that this has been discussed at the steering committee. I was not at the

[Traduction]

des années 50 et fondé sur une répartition des ressources par service. Il n'est pas question de l'objet principal, c'est-à-dire le soin des malades. On peut voir combien d'argent est consacré à la buanderie, la cuisine, les infirmières, etc. Mais quant à établir des correspondances entre ces postes budgétaires et le traitement d'une maladie particulière, d'un malade ou d'un service, cela serait possible mais difficile et exigerait beaucoup de travail.

J'ai dit que nous faisons de grands efforts pour mettre au point un nouveau système de rapports des données non pas en fonction du service mais en fonction du patient et de rassembler ainsi tous les éléments d'information. Donc, dans le cas d'un patient hospitalisé dont les soins impliquent divers services comme la buanderie, la cuisine, le traitement médical, etc., on pourra allouer des ressources. Un tel système est sans doute possible maintenant à cause de l'informatique; ceux qui l'ont élaboré dans les années 50 et 60 se rappelleront que la comptabilité se faisait avec un crayon, une gomme et un livre mais maintenant presque tout est informatisé. Il est possible d'accumuler des données et de les stocker. On peut traiter les données beaucoup plus rapidement et à moindre frais. Nous espérons que dans un délai raisonnable, c'est-à-dire entre trois et cinq ou six ans, nous pourrons avoir un nouveau système informatisé qui nous permettra d'obtenir les données dont nous parlons.

Si ces systèmes existaient dans les institutions locales, il pourrait y avoir agrégation au niveau régional, au niveau provincial et au niveau national. Le système a été conçu pour être utilisé dans une institution, et non pas par une association ou par le gouvernement. Le but, c'est d'administrer l'institution; mais il se peut que des informations soient transmises par le réseau pour qu'on puisse savoir où on s'en va avec le système.

M. Hudecki: Je ne crois pas, monsieur le président, que nous ayons des chiffres précis. Quand on aura des données, et on n'en a pas en ce moment . . .

Le président: On vous a dit cet après-midi à quel point il était difficile d'obtenir des chiffres précis, et cela pour toutes sortes de raisons.

Au nom du Comité, je tiens à remercier les représentants de l'Association des hôpitaux du Canada d'être venus comparaître cet après-midi; je les remercie également des renseignements qu'ils ont fournis.

Ce soir, nous entendrons deux témoins: la Fédération des omnipraticiens du Québec et les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada.

Je crois que le Dr Lang invoque le Règlement. Docteur Lang.

M. Lang: Merci, monsieur le président. Je voudrais aussi que le *Ontario Medical Association* compare devant le Comité. Je crois comprendre qu'on en a parlé à la réunion du comité de direction. Je n'y étais pas; je ne suis pas membre du

[Text]

steering committee; I am not a member of it. I think a number of members of the committee feel that the Ontario Medical Association, which represents 13,000 primary health care providers, would have information that would be useful for the committee in the deliberations on this Bill.

I would draw to your attention Justice . . .

The Chairman: Order, please, for a second. I understand your argument. We discussed it a bit before. I just want to let you and the committee know where matters stand at the moment, as I see it.

I gave out this morning a four- or five-page update report of where we are, up to the end of next week, with the present witnesses that are scheduled, those who have contacted us, and that is the present status as much as we know. I spoke to other members of the steering committee earlier today and we are going to try to have a steering committee meeting either at supertime tonight or, if that is prevented because of our votes on the opposition day motions in the House, we will certainly have one as early as possible in the day tomorrow.

After we have a steering meeting we will bring the results of the steering meeting back to the full committee, and anybody will have a chance to discuss the steering report in detail. It happens that tomorrow, because of the budget situation and what have you, we do not have any witnesses coming before us. We will certainly have a steering committee meeting by tomorrow, and if it is the wish of the committee we can even have a meeting later on in the day to discuss the results of the steering meeting.

I am not trying to foreclose any argument at the present time, but I suggest that perhaps you are a day early in the debate. I think it is only fair with the two opposition critics being away, and after my discussions with them earlier in the day, that we do not discuss the matter in detail at this moment. Certainly by tomorrow, or by Thursday morning at the latest, the full committee will have a chance to go over what the final situation will be, as much as possible, regarding what witnesses we will see for the balance of our term, if that is all right with you.

Mr. Lang: Yes, that sounds all right.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Just on that same point of order as Dr. Lang's. I would want to support his request and say that it was the intention of my two colleagues and I to raise this tonight, not for the reason to give any difficulty to the committee, but possibly to let the steering committee members know the thinking of one of the caucuses on this subject so that when the steering committee does meet, unless you meet at supertime before we reconvene, it has some knowledge of the thinking of some of us.

You can perhaps bear that in mind as you deliberate on what you want to do as a steering committee. It might save some trouble later on when you bring your report back to this committee.

[Translation]

comité directeur. Je crois que plusieurs membres du Comité sont d'avis que l'association, qui représente 13,000 médecins, pourrait nous donner des renseignements qui nous aideront dans nos délibérations.

Je vous signale que . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je comprends votre argument. Nous en avons déjà discuté. Je vais vous dire où nous en sommes.

Ce matin, je vous ai distribué un document de quatre ou cinq pages. Il s'agit d'un compte rendu de nos travaux jusqu'à la fin de la semaine prochaine. Il y a une liste des témoins que nous devons entendre et de ceux qui nous ont contactés et c'est tout ce que nous en savons pour le moment. J'ai parlé aujourd'hui aux autres membres du comité de direction et nous allons tenter de nous réunir soit ce soir, à l'heure du dîner, ou, si nous ne pouvons pas le faire parce que nous devons voter sur des motions déposées à la Chambre pendant la journée réservée à l'Opposition, nous nous réunirons certainement demain, dès que possible.

Le rapport du comité de direction sera déposé devant le Comité et on aura l'occasion d'en discuter en détail. Demain, à cause du discours sur le budget, etc., nous n'entendrons pas de témoins. Le comité de direction se réunira demain au plus tard et, si le Comité le désire, nous pourrions nous réunir plus tard dans la journée pour discuter de son rapport.

Il ne devrait pas y avoir de problèmes; seulement, vous anticipez un peu. Les deux critiques de l'Opposition n'étant pas ici, on ne discutera pas de la question en détail à la séance d'aujourd'hui. Demain, ou jeudi matin au plus tard, le Comité aura l'occasion de discuter du programme et des témoins que nous allons entendre, si cela vous convient.

M. Lang: Oui, cela me paraît convenable.

Le président: Docteur Halliday.

M. Halliday: Je voudrais poursuivre ce qu'a dit M. Lang. J'appuie ce qu'il a dit et je signale que mes deux collègues et moi avions l'intention de soulever la question à la séance de ce soir, non pas pour rendre difficile la tâche du Comité, mais pour que les membres du sous-comité savent ce qu'en pense notre caucus. À ce moment-là, lorsque le comité de direction se réunira, à moins qu'il ne le fasse à l'heure du dîner, avant que la séance ne reprenne, les membres sauront ce que certains d'entre nous en pensent.

Les membres du comité de direction pourraient peut-être, dans leurs délibérations, tenir compte de mes propos. Cela vous évitera peut-être des ennuis lorsque vous ferez rapport au Comité.

[Texte]

The Chairman: I think most of us, Dr. Halliday, understand the general gist of the arguments, mainly based on the fact that they are a very numerous organization. The medical organization makes up about one-third of the medical practitioners in Canada, and they are undoubtedly a very important and vital group in the health field in Canada. But I think to be fair, we have arranged with the steering committee to operate this way. As I say, you will have a chance for full debate on it before we make a final decision here.

• 1715

We will adjourn until 7.30 tonight.

[Traduction]

Le président: Je crois, monsieur Halliday, que la plupart d'entre nous comprennent les arguments, qui se fondent principalement sur le fait que l'association compte beaucoup de membres. Elle représente environ le tiers des médecins au Canada et il s'agit, sans aucun doute, d'un regroupement vital et important. Mais il faut être juste, et nous avons pris des dispositions avec les membres du comité de direction afin de procéder ainsi. Comme je le dis, vous aurez amplement l'occasion d'en discuter avant qu'une décision finale ne soit prise.

La séance est levée jusqu'à 19h30.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

At 9:30 a.m.

The Honourable Emmett Hall.

At 11:00 a.m.

From the University of Toronto:

Professor Eugene Vayda, Associate Dean, Community Health, Faculty of Medicine;

Professor John Hastings, Department of Health Administration.

From the Canadian Association of Internes and Residents and "la Fédération des médecins résidents du Québec":

Dr. Hugh Tildesley, President of CAIR;

Dr. Daniel Larose, FMRIQ administrator;

Dr. Brian Conway, FMRIQ administrator;

Dr. Derryck Smith, CAIR executive;

Dr. Cindy Whitman, CAIR executive;

Mr. Jeffrey Sack, Q.C., CAIR legal counsel;

Mr. Jim McDonald, Legal council.

At 3:30 p.m.

From the Canadian Hospital Association:

Ms Claire Labrèche, Chairman, Board of Directors;

Mr. Jean-Claude Martin, President;

Mr. Daniel LeTouzé, Vice-President, Research.

À 9h30

L'honorable Emmett Hall.

À 11h00

De l'Université de Toronto:

Professeur Eugene Vayda, vice-doyen, Santé communautaire, Faculté de médecine;

Professeur John Hastings, Département d'administration des services médico-hospitaliers.

De l'Association canadienne des médecins internes et résidents et «the Canadian Association of Internes and Residents»:

D^r Hugh Tildesley, président, CAIR;

D^r Daniel Larose, FMRIQ administrateur;

D^r Brian Conway, FMRIQ administrateur;

D^r Derryck Smith, exécutif, CAIR;

D^r Cindy Whitman, exécutif, CAIR;

M. Jeffrey Sack, c.r., conseil juridique, CAIR;

M. Jim McDonald, conseil juridique.

À 15h30

De l'Association d'hôpitaux du Canada:

M^{me} Claire Labrèche, présidente, Conseil d'administration;

M. Jean-Claude Martin, président;

M. Daniel LeTouzé, vice-président, (recherche).

HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 6

Fascicule n° 6

Tuesday, February 14, 1984

Le mardi 14 février 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on**Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Health, Welfare and Social Affairs

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

CONCERNANT:

Bill C-3, Canada Health Act

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

TÉMOINS:

(See back cover)

(Voir à l'endos)

Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, FEBRUARY 14, 1984

(10)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 7:37 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Lachance and Marceau.

Other Member present: Mrs. Côté.

Witnesses: From the Quebec Federation of General Practitioners: Dr. Clement Richer, President; Mr. François Chapados, Legal Adviser; Dr. Ronald Dutil, Secretary General; Mr. Marcel Rodrigues, Economic Adviser; Dr. Georges-Henri Gagnon, Director, Professional Affairs and Dr. Hugues Bergeron, Treasurer. *From the Victorian Order of Nurses for Canada:* Mrs. Islay Arnold, President; Mrs. Millicent Taylor, Acting National Director; Mrs. Sharon Marshall; Mr. James Cronyn; Mr. Robert Brunow and Mr. Peebles Kelly, members of the Board of Management.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

Dr. Richer made a statement and with the other witnesses answered questions.

Mrs. Arnold made a statement and with the other witnesses answered questions.

At 10:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 14 FÉVRIER 1984

(10)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 19 h 37, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Hudecki, Lachance et Marceau.

Autre député présent: M^{me} Côté.

Témoins: Fédération des médecins et chirurgiens du Québec: D^r Clement Richer, président; M. François Chapados, conseiller juridique; D^r Ronald Dutil, secrétaire général; M. Marcel Rodrigues, conseiller économique; D^r Georges-Henri Gagnon, directeur, questions d'ordre professionnel, et D^r Hugues Bergeron, trésorier. «*Victorian Order of Nurses for Canada*»: M^{me} Islay Arnold, président; M^{me} Millicent Taylor, directeur national suppléant; M^{me} Sharon Marshall; M. James Cronyn; M. Robert Brunow et M. Peebles Kelly, membres du Conseil de gestion.

Le Comité reprend l'étude du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Le D^r Richer fait une déclaration, puis lui-même et les autres témoins répondent aux questions.

M^{me} Arnold fait une déclaration, puis elle-même et les autres témoins répondent aux questions.

A 22 h 10, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, February 14, 1984

• 1937

The Chairman: Order, please. I will call to order the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

We are continuing to study Bill C-3, the Canada Health Act, and we are pleased to have with us tonight the Quebec Federation of General Practitioners. Dr. Clément Richer is the president.

Dr. Richer, could you introduce to us the rest of your delegation and also give us a brief opening summary of your position?

Dr Clément Richer (président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec): Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, il me fait plaisir de vous présenter le docteur Georges Boileau, directeur des communications à la fédération, le docteur Hugues Bergeron qui est membre du Bureau, le docteur Ronald Dutil, secrétaire général de la fédération, Me François Chapados, conseiller juridique à la fédération, le docteur Georges-Henri Gagnon, directeur des affaires professionnelles, et M. Marcel Rodrigue, économiste.

Nous avons préparé un mini-mémoire pour que l'on ait un peu plus de temps pour la période des questions. Je vais vous le présenter rapidement.

Le projet de loi C-3 sur la réforme des soins de santé au Canada assujettit la pleine contribution du gouvernement canadien au titre du régime d'assurance-santé d'une province au respect de certaines conditions énumérées aux articles 8 à 12 de ce projet de loi.

Ces conditions d'octroi visent respectivement la gestion publique (article 8), l'intégralité (article 9), l'universalité (article 10), la transférabilité (article 11) et l'accessibilité (article 12) d'un tel régime. Quant à eux, les articles 14 à 21 du projet déposé ont pour objet d'assurer le respect de ces conditions.

Au Canada, la question de l'accessibilité est celle qui, de tout temps, a été privilégiée au niveau des débats publics. L'article de loi (article 12) qui traite de cette condition ne fait pas exception à cette règle générale.

• 1940

En effet, l'alinéa c) de l'article 12, alinéa proposant que soit qualifiée (raisonnable) la rémunération qui doit être celle du médecin fournissant des services de santé, a récemment été l'objet de dénonciations de la part de certaines autorités provinciales qui, erronément, ont vu là une immixtion du gouvernement canadien dans une matière relevant de leur compétence.

Au nom des 6,000 médecins omnipraticiens qu'elle représente, la fédération ne saurait demeurer muette devant de tels

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 14 février 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. J'ouvre cette séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

Nous reprenons notre étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé, et nous sommes très heureux d'accueillir ce soir la Fédération des omnipraticiens du Québec, dont le Dr Clément Richer est le président.

Monsieur Richer, pourriez-vous nous présenter les autres membres de votre délégation et nous faire quelques remarques liminaires?

Dr. Clément Richer (President, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec): Mr. Chairman, ladies and gentlemen, members of the committee, I am pleased to introduce Dr. Georges Boileau, director of communications for the federation, Dr. Hugues Bergeron, who is a member of the Bureau, Dr. Ronald Dutil, the secretary-general of the federation, Mr. François Chapados, legal counsel for the federation, Dr. Georges-Henri Gagnon, director of professional affairs, and Mr. Marcel Rodrigue, economist.

We prepared a brief statement, so as to allow more time for the question period. I would like to present that statement now.

Bill C-3 on the reform of health care in Canada makes the amount of the contribution of the Canadian government to the health care insurance plan of a province subject to certain conditions listed in sections 8 through 12 of the bill.

The conditions for granting money involve public administration (section 8) and the comprehensiveness (section 9), universality (section 10), portability (section 11), and accessibility (section 12) of such a plan. Sections 14 through 21 of the bill as tabled are designed to ensure that these conditions are satisfied.

In Canada, the question of accessibility is the one which has always been most in the forefront of public debate and the section of the bill (section 12) dealing with this condition is no exception to the general rule.

Subsection 12.(c), which proposes that the compensation for the medical practitioner rendering health care be reasonable, has recently been denounced by certain provincial authorities, who erroneously believe it to represent interference by the Canadian government in an area of provincial jurisdiction.

On behalf of the 6,000 general practitioners it represents, the Quebec federation of general practitioners (FMOQ) can

[Texte]

propos. D'une part, étant donné leur provenance, ils autorisent les pires appréhensions quant à certaines modifications susceptibles d'être apportées au projet de loi. D'autre part, ces mêmes propos, à cause de leurs effets possibles, ne peuvent être dissociés de la situation économique qui est celle des médecins qui, au Québec, oeuvrent dans le cadre du régime provincial d'assurance-santé.

Tel est le pourquoi du présent mémoire qui préconise le maintien intégral de l'alinéa c) de l'article 12 du projet de loi C-3. En effet, selon la fédération, il importe qu'il soit affirmé, au niveau de la loi, que tout régime provincial d'assurance-santé doit prévoir une rémunération raisonnable des services de santé fournis par les médecins qui oeuvrent dans un tel régime.

Positions de la fédération: Pour des motifs d'ordres politique, juridique et économique, la fédération considère donc que, dans le cadre du projet de loi déposé, l'alinéa c) de l'article 12 du projet de loi en cause constitue, pour les médecins omnipraticiens québécois, une garantie minimale dont la suppression permettrait d'entretenir certaines inquiétudes quant à l'avenir, du moins au Québec, du régime d'assurance-santé.

Le débat qui a cours au Canada sur la réforme des services de santé a donné lieu à de multiples affirmations. D'importance majeure, l'une d'entre elles soutient que la pratique de la surfacturation a pour effet de diminuer l'accessibilité aux services de santé, d'où, cela va de soi, le pourquoi des articles 12 et 18 du projet de loi.

Pour sa part, la fédération a toujours soutenu qu'il s'agissait là d'une pratique qui était indissociable du droit qu'a le médecin de recevoir une rémunération juste et équitable pour les services qu'il est appelé à dispenser dans le cadre d'un régime d'assurance-santé.

L'interdiction juridique de leur droit à la surfacturation, entre autres, interdiction imposée en 1970, a coûté et coûte encore très cher aux médecins du Québec.

Au moment précis où le Parlement canadien s'apprête à arrêter des mesures qui interdiront toute forme de surfacturation, il importe d'affirmer solennellement, dans la loi même, le droit du médecin à une rémunération qui soit raisonnable.

En matière d'accessibilité, les droits du bénéficiaire doivent être sauvegardés de façon adéquate, et la fédération en convient. Néanmoins, il doit en être de même des droits des dispensateurs de services, dont le médecin. Selon la fédération, en dépend le fonctionnement harmonieux et équitable pour tous de tout régime provincial d'assurance-santé.

Pour la fédération, le fondement juridique de l'alinéa c) de l'article 12 ne fait aucun doute. Somme toute, il s'agit d'une stipulation apparaissant à un projet de loi se fondant sur le pouvoir de dépenser qu'a le gouvernement canadien, pouvoir dont l'exercice présuppose, d'une part, l'identification de l'objet de la dépense, c'est-à-dire les services assurés, et, d'autre part, les conditions de la seule obtention, par les gouvernements provinciaux, des sommes allouées à cette fin. Enfin, le préambule de l'article 12 emploie le vocable «suppose»

[Traduction]

hardly remain silent in the face of such an opinion. First of all, given its source, such an opinion justifies the worse apprehensions about potential amendments to the bill. Secondly, because of its potential impact, this same opinion cannot be dissociated from the economic situation of physicians who work within the provincial health care insurance plan in Quebec.

That is the reason for this brief, which recommends that subsection 12.(c) be retained in full in Bill C-3. In the opinion of the federation, it is essential that the act clearly state that every provincial health care insurance plan must provide reasonable compensation for the health care services rendered by the physicians working under such a plan.

Position of the FMOQ: For political, legal and economic reasons, therefore, the FMOQ believes that as part of the bill tabled, subsection 12.(c) of this bill is a minimum guarantee for Quebec general practitioners, and elimination of this subsection would foster concern about the future of the health care insurance plan, at least in Quebec.

The current discussion of the reform of health care services in Canada has resulted in a number of assertions. An extremely important one is that the effect of extra-billing is to decrease accessibility to health care services. This assertion obviously accounts for sections 12 through 18 of the act.

For its part, the FMOQ has always maintained that extra-billing is a practise which cannot be dissociated from a physician's right to receive fair and reasonable compensation for the services he is required to provide as part of a health care insurance plan.

The legal ban, imposed in 1970, on their right to extra-billing, among other things, has been and continues to be costly for physicians in Quebec.

At the very moment when the Canadian Parliament is preparing to approve measures whose result would be to ban any form of extra-billing, it is extremely important that the same act contain an official affirmation of the right of the physician to receive reasonable compensation.

With respect to accessibility, the rights of the recipient must be adequately protected, and the federation is in agreement with this goal. Nevertheless, the rights of those dispensing the services, including physicians, must also be adequately protected. According to the federation, the harmonious and fair functioning of any provincial health care insurance plan depends on this.

In the opinion of the federation, there is no doubt about the legality of subsection 12.(c). After all, it is a stipulation appearing in a bill based on the spending power of the Canadian government, a power whose exercise is based on, first, the identification of the object of the expenditure, i.e. the insured services, and secondly, the conditions that govern granting the provincial governments the sums allocated for this purpose. Finally, the preamble of section 12 uses the expres-

[Text]

et, comme tel, n'empiète aucunement sur la juridiction d'une province.

Ne se limitant pas au bien-fondé juridique de l'inclusion dans la loi de la notion de «rémunération raisonnable» du médecin, la fédération entend d'ailleurs proposer, ultérieurement au présent mémoire, une bonification des dispositions ayant trait à la notion de «rémunération raisonnable» du professionnel de la santé.

La position de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec vis-à-vis de l'inclusion de certaines garanties minimales dans la loi fédérale sur les services de santé n'a pas de quoi surprendre. Cette prise de position de la fédération ne fait que traduire sa profonde préoccupation vis-à-vis de la situation économique du médecin qui, au Québec, exerce sa profession dans le cadre du régime provincial d'assurance-santé par opposition à celle qui est le lot des médecins qui oeuvrent, en semblable régime, dans les autres provinces canadiennes.

Tel qu'il apparaît à l'annexe 1 ci-jointe, le revenu annuel brut du médecin omnipraticien gagnant un revenu net de 20,000 dollars et plus n'a cessé de dégringoler depuis 1973. Ainsi, en 1973, il se situait au cinquième rang au Canada, représentant 98.2 p. 100 de la moyenne nationale. En 1979, il occupait la dernière place, puis revenait à la neuvième place en 1980, représentant 85,9 p. 100 de la moyenne nationale. Par rapport à l'Ontario, les mêmes équivalences sont de 92,1 p. 100 en 1973, de 81,9 p. 100 en 1980 et, selon des estimations, de 66,9 p. 100 en 1983.

• 1945

Par ailleurs, si nous examinons les augmentations de rémunération consenties depuis 1973, par le biais d'augmentations de tarifs, nous constatons que le médecin omnipraticien québécois, de 1973 à 1983, n'aurait augmenté son revenu que de 48,9 p. 100 alors que la moyenne nationale se situait à 115 p. 100. Ceci représente une augmentation annuelle moyenne de 4 p. 100 pour le médecin québécois et de 7,9 p. 100 pour le médecin canadien.

Étant donné les fonds fédéraux mis à la disposition de toutes les provinces canadiennes, y compris le Québec sauf erreur, il s'agit là d'écarts inadmissibles qui, sauf correctifs majeurs, sont susceptibles de remettre en cause le fonctionnement du régime d'assurance-santé québécois.

Les écarts en cause incitent plus d'un médecin québécois à s'interroger sérieusement sur l'usage qui est fait de ces fonds.

La situation qui prévaut actuellement au Québec autorise la Fédération à poser certaines exigences. Au gouvernement canadien, la fédération demande le maintien de certaines garanties minimales dans la loi fédérale; au gouvernement québécois, elle entend, dans les meilleurs délais, faire les revendications qui s'imposent pour que la situation actuelle soit rétablie de façon équitable, selon un plan quinquennal de redressement, et ne dure pas indéfiniment.

Amendements: Au chapitre II du présent mémoire, la Fédération a annoncé qu'elle entendait faire certaines recommandations susceptibles de bonifier les garanties minimales d'ordre légal dont elle a déjà fait état.

[Translation]

sion "in order to satisfy" and thus in no way impedes the jurisdiction of the province.

Furthermore, besides recognizing the legality of including the concept of "reasonable compensation" for the physician in the act, the federation also intends to propose an improvement of the provisions involving the idea of "reasonable compensation" of the health care professional later in this brief.

The position of the FMOQ with respect to the inclusion of certain minimum guarantees in the federal act on health care services can come as no surprise. The stand of the federation simply reflects its profound concern about the economic situation of the physician who, in Quebec, exercises his profession as part of a provincial health care insurance plan that makes his lot unlike that of physicians who work under similar plans in the other provinces of Canada.

As appears in appendix 1, the gross annual earnings of a general practitioner in Quebec earning a net income of \$20,000 or more has been falling constantly since 1973. In 1973, Quebec was fifth in Canada, earning 98.2% of the national average. In 1979, Quebec was in last place, then moved up to ninth in 1980, with 85.9% of the national average. Equivalent percentages were 92.1% compared to Ontario in 1973, 81.9% in 1980 and, according to estimates, 66.9% in 1983.

Furthermore, if we look at the increases in compensation granted through rate increases since 1973, between 1973 and 1983, a Quebec GP only increased his income by 48.9%, while the national average was about 115%. This represents an annual average increase of 4% for Quebec physicians and 7.9% for Canadian physicians.

In view of the federal funds made available to all Canadian provinces, including Quebec (unless we are mistaken), these discrepancies are unacceptable, and unless remedies are introduced, they are likely to disturb the operation of the Quebec health care insurance plan.

The discrepancies provoke more than a few Quebec physicians to wonder what use is being made of these funds.

The current situation in Quebec justifies certain demands by the FMOQ. Of the Canadian government, we ask that certain minimum guarantees be kept in the bill. Of the Quebec government, we intend to ask for what the current situation entitles us to, in a five-year readjustment plan to be instituted fairly, and not allowed to drag on indefinitely.

Amendments: In Chapter II of this brief, the federation announced that it would make recommendations intended to enhance the minimum legal guarantees already noted.

[Texte]

D'une part, la Fédération prend bonne note des pouvoirs extraordinaires qui, au terme des articles 14 et suivants du projet de loi, sont octroyés au gouverneur en conseil.

Tout en souscrivant au contenu de ces articles de loi, la Fédération, sauf erreur, n'en reconnaît pas moins qu'il s'agit là de pouvoirs exceptionnels dont l'exercice ne saurait être justifié que par une situation d'extrême gravité.

Bien qu'il s'agisse là de dispositions à caractère extraordinaire, partant, à usage restreint, ce sont, selon la Fédération, autant de dispositions qui doivent néanmoins demeurer au projet de loi.

De l'avis de la Fédération, ces dispositions gagneraient cependant à être complétées par certaines stipulations octroyant au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social certains pouvoirs particuliers sanctionnant le droit du médecin à une rémunération raisonnable.

En annexe IV du présent mémoire, la Fédération propose donc certains amendements au projet de loi déposé, amendements susceptibles de permettre, au niveau du vécu annuel des divers régimes provinciaux d'assurance-santé, d'atteindre les objectifs recherchés pour ce qui est du respect de la «rémunération raisonnable» du médecin.

Conclusion: Dans la rédaction du présent mémoire, la Fédération s'est inspirée d'un énoncé contenu au préambule du projet de loi C-3 à l'effet que «les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens».

C'est dans cet esprit également que la Fédération désire présenter le présent mémoire à qui de droit. Aux honorables membres du Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé nationale et le Bien-être social et les affaires sociales, elle offre son entière collaboration, que ce soit au niveau de l'explication du présent mémoire ou autrement.

Monsieur le président, avec votre permission, je demanderais à notre conseiller juridique de commenter les quelques modifications que nous proposons au projet de loi et, par la suite, nous serons certainement prêts à répondre aux questions que vous voudrez nous poser.

The Chairman: That is fine. Carry on.

M. François Chapados (conseiller juridique, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec): Monsieur le président, je serai très bref.

Je demanderais aux membres du Comité de se reporter aux propos du docteur Dutil touchant l'alinéa c) de l'article 12. Depuis la parution de cette disposition visant une rémunération raisonnable, les journaux nous rapportent que bien des gouvernements provinciaux y voient une intervention indue dans la sphère des pouvoirs des provinces.

J'aimerais formuler deux remarques très simples. En premier lieu, il s'agit d'une disposition qui, comme le précise le préambule, s'applique à un régime d'assurance-maladie dans une province et ne touche pas directement les pouvoirs des provinces.

[Traduction]

First of all, the federation has noted the extraordinary powers granted to the Governor in Council under Section 14 and the following sections.

While agreeing with the content of these sections of the act, the federation nevertheless realizes that these are extraordinary powers, whose exercise can only be justified by an extremely serious situation.

Although they are provisions of an extraordinary nature, based on limited use, in the opinion of the federation, they should remain in the bill.

In the opinion of the federation, the provisions could be improved by the addition of certain stipulations granting the Minister of National Health powers to sanction physician's rights for reasonable compensation.

In Appendix IV to this brief, the federation therefore proposes several amendments to Bill C-3. These amendments, which are based on the actual experience of the various provincial health care insurance plans, enable the desired objectives of the "reasonable compensation" of the physician to be achieved.

Conclusion: In preparing its brief, the federation drew its inspiration from the statement contained in the preamble of Bill C-3 that "future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians".

It is in this spirit that the federation submits this brief. To the hon. members of the Committee of the House of Commons on national health and welfare, it offers its complete support, with respect to explanations of this brief or in any other form.

Mr. Chairman, with your permission, I will now ask our legal counsel to make a few brief comments on the amendments we are proposing to the bill and, after this, we would be delighted to answer any of your questions.

Le président: C'est très bien. Allez-y.

Mr. François Chapados (Legal Counsel, Quebec Federation of General Practitioners): Mr. Chairman, I will be very brief.

I would like to remind the members of the committee of Dr. Dutil's remarks regarding Subsection 12(c). Since the publication of this provision on reasonable compensation, the newspapers have been saying that many provincial governments consider this to represent undue interference in an area over which they have jurisdiction.

I would like to make two very simple remarks. First of all, this is a provision which, as is stated in the preamble, applies to a provincial health care insurance plan and does not directly affect provincial powers.

[Text]

• 1950

J'aimerais signaler une deuxième chose. Ce fameux concept de «rémunération raisonnable» est un concept que l'on retrouve dans de nombreuses lois fédérales, comme l'a signalé ici le ministre, notamment au chapitre M-8, c'est-à-dire à la Loi sur les soins médicaux qui a été adoptée il y a nombreuses années. On retrouve cette notion à l'alinéa b) du paragraphe 1 de l'article 4 de cette loi. Je me réfère au texte français, là où on parle de la rémunération des professionnels de la santé:

... d'après un barème qui offre une compensation raisonnable pour les services assurés que rendent les médecins ...

Le texte anglais dit la même chose. Ce sont les commentaires que j'ai à faire pour le moment quant à l'article 12.

Il y a des discussions en cours présentement: doit-on se référer au concept de «rémunération suffisante», au concept de «rémunération adéquate», etc.? Il a semblé important à la fédération d'agir en deux temps, soit, d'une part, comme l'a dit tout à l'heure le docteur Richer, exiger les garanties minimales que l'on retrouve à l'alinéa 12 c) et, d'autre part, proposer, au terme d'un cheminement, des mécanismes permettant au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, au fil de l'administration du régime, d'exercer certains pouvoirs, le cas échéant, vis-à-vis de certaines provinces qui ne respecteraient pas ce critère. C'est ainsi que les amendements que l'on retrouve à l'annexe IV du mémoire ont le même fondement juridique et s'inspirent des articles 18 et 19 qui sont déjà au projet de loi, en tant que philosophie. Ils s'inspirent également de la même formule de déduction qui apparaît à l'article 20.

Pour le moment, ce sont les commentaires que j'ai à faire. Il n'y a rien de chinois ni de révolutionnaire dans cela. Ma conclusion sera la suivante. Ou bien les critères qui apparaissent à l'article 12 sont des critères sérieux qui mettent en cause l'accessibilité ... Dans certains milieux, on dit que la surfacturation ou l'imposition de frais modérateurs est une pratique qui est de nature à réduire l'accessibilité. De la même façon, puisque le concept de «rémunération raisonnable» apparaît à l'article 12, si jamais la situation qui prévaut actuellement au Québec et qui vous est exposée devait perdurer, voire même dégénérer, c'est là un facteur qui serait susceptible de mettre en cause le bon fonctionnement d'un régime d'assurance-santé. Étant donné les contributions fédérales, et c'est l'objet de cette loi-là, nous pensons qu'une telle situation doit être prévue et qu'elle doit l'être de façon réaliste. On pourra me dire que, dans le projet de loi, le gouverneur en conseil, aux articles 14 et suivants, a des pouvoirs d'intervention très larges. Cependant, nous considérons ces pouvoirs-là un peu comme une bombe atomique, et c'est pourquoi nous proposons au ministre d'inclure dans la loi des mécanismes plus souples qui lui permettraient, dans l'application de sa discrétion ministérielle, de prendre des mesures visant à corriger les pratiques de certaines provinces qui n'accorderaient pas assez d'importance au concept de la rémunération raisonnable.

Je vous remercie, monsieur le président.

The Chairman: Thank you very much.

Mr. Epp, would you start the questioning?

[Translation]

There is another thing I would like to point out as well. This notion of "reasonable compensation" is one which we find in many other acts, as the Minister points out here, particularly in chapter M-8, the Medical Care Act, which was passed many years ago. The notion of reasonable compensation is discussed in sub-paragraph (1)(b) of Section 4 of this Act. I am referring to the English text, where reasonable compensation for health professionals is discussed:

... on a basis that provides for reasonable compensation for insured services rendered by medical practitioners ...

The English and French texts say the same thing. These are the comments I wanted to make for the time being regarding Section 12.

There are discussions going on currently as to whether or not we should refer to the concept of "sufficient compensation", "adequate compensation", etc. The Federation felt it was important to act on two different fronts by first demanding the minimum guarantees under sub-section 12(c) as Dr. Richer mentioned earlier and, secondly, proposing, as the final stage of the process, mechanisms allowing the Minister of National Health & Welfare to exercise certain powers, if need be, with respect to provinces who do not meet this criterion. The amendments which appear in annex IV of the brief have the same legal basis and draw their inspiration from Sections 18 and 19 of the bill, in terms of their philosophy, as well as from the same deduction formula which appears in Section 20.

For the time being, those are the comments I wish to make. There is nothing complicated or revolutionary about any of this. My conclusion would be the following one: either the criteria under Section 12 are serious criteria which form the very foundation of accessibility ... In certain circles, it is felt that extra-billing or the imposition of user fees are practices which tend to reduce access to the system. Similar, since the notion of "reasonable compensation" appears under Section 12, if the situation which currently prevails in Quebec and which we have described to you were to remain unchanged, or even worsen, this is a factor which could disturb the operation of a health insurance plan. Given the existence of federal contributions, which are the subject of this piece of legislation, we believe such a situation should be foreseen and foreseen realistically. One could argue that the Governor in Council, under Sections 14 and following of the bill, has very broad powers of intervention. However, we consider these powers to be a little like the atomic bomb and that is why we are proposing that the Minister include in the Act more flexible mechanisms which will make it possible for her to exercise her discretionary powers and take steps to correct practices being carried out in certain provinces which do not recognize the importance of reasonable compensation.

Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Epp, voulez-vous commencer?

[Texte]

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

When the proposed Canada Health Act was first made public and received first reading and then the debate in the House, a number of people described the bill as being—possibly the closest model that it has been following is the Quebec model, or the Quebec mode; namely, no opting out, no extra-billing; everybody is within the plan. Is that your assessment as well?

Dr Richer: Oui, c'est exact. Dans la province de Québec, à toutes fins utiles, il est à peu près impossible de se désengager du système. Antérieurement, de 1970 jusqu'à la Loi 84 vers 1978, nous en avions le droit, mais le ministère, en 1978, avec les modifications à la Loi sur les services de santé, a rendu à peu près impossible le désengagement des médecins du Québec, à quelques rares exceptions près. Je pourrais dire que plus de 99 p. 100 des 6,000 médecins omnipraticiens travaillent dans le cadre du système, sous l'empire de la convention.

• 1955

Mr. Epp: Could I ask our witness: In your assessment—and I do not want to get into salary or remuneration yet; I will get to that—as professionals, has the quality of care changed positively, negatively or remained the same under the present plan, which I believe has been in since 1978, as you felt the plan was working prior to 1978? Has the condition of how you must conduct your professional activities affected quality of care in the Province of Quebec?

Dr Richer: Je ne pense pas que la qualité des services médicaux ait été diminuée au Québec. Il est certain que les conditions de travail auxquelles nous sommes soumis pourraient éventuellement influencer désagréablement sur le système. Mais pour l'instant, je pense qu'il est raisonnable de dire que la qualité de la médecine québécoise est comparable à la qualité de la médecine canadienne.

Mr. Epp: I have one more question before I get to compensation.

The point is sometimes made that Quebec has lost specialists in numbers larger than the other provinces, and when we look at the figures of both specialists and general practitioners who have left our country... Those reasons can be many other than compensation; I accept that, but compensation obviously is also a consideration. Do you feel—that is post 1978—that Quebec lost more of its specialists and general practitioners because of the plan than you would have lost normally? Do you have any statistics which indicate that is so, or what is the trend?

Dr Richer: Je n'ai pas ces statistiques sous la main. Cependant, on a constaté une augmentation de l'exode des médecins québécois, tant spécialistes qu'omnipraticiens, vers d'autres provinces ou vers des pays situés plus au sud. Le facteur de la rémunération est-il le seul en cause? Je serais porté à penser comme vous, mais je ne le pense pas. Cependant, c'est un facteur qui prend de plus en plus d'importance, et on sera en mesure d'en reparler peut-être dans quelques minutes.

[Traduction]

M. Epp: Merci, monsieur le président.

Lorsque la Loi canadienne sur la santé a été rendue publique pour la première fois et a fait l'objet de la première lecture, et ensuite d'un débat à la Chambre, certains ont dit que ce projet de loi s'inspire de ce qui est peut-être le meilleur modèle qui existe actuellement, c'est-à-dire le régime du Québec, où il n'existe pas de désaffiliation ni de surfacturation; tout le monde participe au régime. Êtes-vous d'accord avec cela?

Dr. Richer: Yes, that is true. In the Province of Quebec, for all intents and purposes, it is practically impossible to opt out of the system. Before, between 1970 until Bill 84 was passed around 1978, we had the right to opt out, but in 1978, the Department made amendments to the Health Services Act which made it practically impossible for Quebec physicians to opt out of the plan, with a few exceptions. I could say that more than 99% of the 6,000 general practitioners in Quebec work within the system and are subject to the agreement.

M. Epp: Je voudrais poser la question suivante à notre témoin: d'après vous—et je ne veux pas encore parler de salaire; j'aborderai cette question un peu plus tard—en tant que professionnels, croyez-vous que la qualité des soins offerts a changé de façon positive, négative, ou est-elle restée inchangée dans le cadre du régime actuel, qui fonctionne, je crois, depuis 1978? Y a-t-il eu des changements par rapport à la période antérieure à 1978? Les conditions qu'on vous impose sur le plan professionnel ont-elles eu une incidence quelconque sur la qualité des soins offerts dans la province de Québec?

Dr. Richer: I do not believe the quality of medical services has diminished in Quebec. There is no doubt that the working conditions which we are now subject to could eventually have a negative effect on the system. But for the time being, I think it is fair to say that the quality of medical care in Quebec is comparable to the quality of medical care elsewhere in Canada.

M. Epp: J'ai une autre question avant de passer à la question de la rémunération.

On prétend parfois que le Québec a perdu beaucoup plus de spécialistes que d'autres provinces, et lorsqu'on regarde les chiffres sur le nombre de spécialistes et d'omnipraticiens qui ont quitté notre pays... Il pourrait s'agir d'autres motifs que la rémunération; j'en conviens, mais il n'y a pas de doute que c'en est un facteur important. Pensez-vous—et je parle de la période postérieure à 1978—que le Québec a perdu davantage de spécialistes et d'omnipraticiens, à cause du régime, que vous n'en auriez perdu normalement? Avez-vous des statistiques qui confirmeraient cette conclusion, ou qui indiquent la tendance?

Dr. Richer: I do not have any statistics with me. However, we have noted an increase in the exodus of Quebec physicians, both specialists and general practitioners, to other provinces or to countries situated further south. Is compensation the only factor? Although I am inclined to agree with you somewhat, I do not believe it is. Certainly, it is a factor which is becoming more and more important, and perhaps we can discuss this again a little later.

[Text]

Mr. Epp: Now, on the compensation question, I think anyone who is fair-minded about the health care system . . . I can think of no more reputable expert to call to mind than Justice Hall, whom we had before the committee earlier today. I do not have to tell you what his 1980 report said in terms of extra-billing and user fees—but specifically on extra-billing—but he also always had the caveat of reasonable and fair compensation. Keeping in mind—and I am not trying to duck the question—the jurisdictional considerations, is it possible under a federal statute to guarantee physicians reasonable compensation, even if we were to put it in the Bill, if we were to take a look at Clause 12.(c), if you still have to negotiate with those who set the fee structure? Is it reasonable to expect that?

Dr Richer: Je le pense. Le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social a le pouvoir de garantir l'application de ce qu'elle édicte à l'alinéa c) de l'article 12. Si un article n'est pas applicable, ma foi, ça ne vaut pas la peine de l'insérer dans une loi, mais je pense qu'il est applicable.

Il est sûr que la définition du mot «raisonnable» est difficile à faire. Qu'est-ce que ce terme veut dire au juste? On s'est penché sur ce terme parce que je pense que c'est le noeud de la question et pour nous, étant donné notre niveau de formation, qui est égal à celui des médecins canadiens, étant donné la qualité des services qu'on dispense, qui est la même que celle qui est dispensée dans les autres provinces, on trouve élémentaire que la rémunération «raisonnable» se situe à peu près au niveau d'une moyenne canadienne, compte tenu, si vous voulez, de certains facteurs comme la richesse d'une province, qui peut être plus grande ou moins grande, facteur que nous sommes prêts à prendre en considération.

Donc, je pense que le ministre peut, à l'intérieur d'un projet de loi, autant assurer une rémunération raisonnable qu'elle peut défendre les frais modérateurs, par exemple.

• 2000

Mr. Epp: What is your position as a federation if an impasse is reached in the negotiations. Let us consider that we would accept your recommendation for amendment; namely, that reasonable compensation be included in the act? Personally I have no difficulty with that, either with the wording or with the concept. Let us say that we put that in the act. What do you see down the road when in negotiations you say, "reasonable compensation is a condition, as is accessibility, comprehensibility and all the rest of it"? Do you foresee a third party intervening or do the negotiations go on ad nauseum or ad infinitum, or how do you see the thing progressing from there?

Dr Richer: Oui. On peut voir une troisième partie intervenir. Mais la première partie que je vois intervenir, c'est d'abord le ministre national.

M^{me} Bégin dit que les frais modérateurs doivent être interdits parce que cela diminue l'accessibilité aux soins. Moi,

[Translation]

M. Epp: Maintenant, pour ce qui est de la rémunération, je crois que n'importe qui ayant l'esprit de justice . . . D'ailleurs, je crois que le juge Hall, qui a comparu devant le Comité plus tôt aujourd'hui, est peut-être le spécialiste le plus estimé qui soit. Je n'ai pas besoin de vous dire ce qu'il a dit dans son rapport de 1980 au sujet de la surfacturation et des frais modérateurs, mais surtout au sujet de la surfacturation, mais il a également souligné la nécessité d'une rémunération juste et raisonnable. Si l'on tient compte—et je n'essaie pas de contourner la question—des limites constitutionnelles en ce qui concerne la compétence fédérale, pensez-vous qu'une loi fédérale puisse garantir aux médecins une rémunération raisonnable, si nous devions inclure une telle disposition dans le projet de loi, peut-être au paragraphe 12.c), si l'on doit toujours négocier avec ceux qui établissent les barèmes tarifaires? Est-ce raisonnable?

Dr. Richer: Yes, I believe it is. The federal Minister of National Health and Welfare has the power to guarantee the enforcement of those provisions which appear under subsection 12.(c). If a section of the bill is not enforceable, it seems to me that there is little point in including it in the bill; but, personally, I believe it is enforceable.

On the other hand, there is no doubt that it is very difficult to define the term "reasonable". What exactly does this mean? We have studied this in depth because I, personally, think it is the heart of the whole matter and, given our level of training, which is the same as that of other Canadian doctors, and given the quality of services we provide, which, again, is equivalent to services in other provinces, we consider it elementary that "reasonable" compensation be at a level equivalent to the Canadian average, after consideration of other factors, like the wealth of the province, which varies from region to region, and this is certainly a factor we are prepared to consider.

Accordingly, I believe that the minister can, under a bill, ensure reasonable compensation just as easily as she can forbid user charges, for instance.

M. Epp: Qu'elle est votre position en tant que fédération si les négociations aboutissent à une impasse? Admettons que nous acceptons votre amendement proposé, c'est-à-dire qu'il soit question de rémunération raisonnable dans le projet de loi. Personnellement, ni la forme ni le fond de cet amendement ne me posent de difficulté. Admettons que le projet soit modifié de cette façon. Que prévoyez-vous pour l'avenir, lors des négociations, quand vous ferez valoir cette condition de la rémunération raisonnable, qui serait un principe fondamental, tout comme l'accessibilité, l'intégralité, et tout le reste? Pensez-vous qu'une tierce partie pourrait intervenir ou que les négociations traîneraient en longueur? Comment se dérouleraient les choses à partir de ce moment-là?

Dr. Richer: Yes. We could see a third party intervening. But the first party I see intervening is the national minister.

Mrs. Bégin says that user charges must be stopped since they reduce accessibility to health care. I also note that user

[Texte]

je constate aussi que les frais modérateurs ont pour effet de produire un «certain profit» au ministre de la Santé. Cela veut dire qu'il reçoit des argents du fédéral et il reçoit des argents du patient. Le sous-paiement du médecin a les mêmes effets quant à moi. Le ministre reçoit les mêmes argents que comparativement tous ses confrères provinciaux et il sous-paie les médecins dans notre province et donc, il faut un profit aussi. On dit à M^{me} Bégin: Vous voulez retenir dollar pour dollar, vous voulez pénaliser la province qui facture des frais modérateurs. Retenez donc dollar pour dollar aussi, le sous-paiement fait aux médecins et mettez-le en réserve pour trois ans peut-être. Je suis prêt à discuter de la formule et, si on en n'en vient pas à un agrément avec notre ministre provincial, vous paierez directement les médecins de sorte que vous créerez l'équité de ceux que vous représentez ultimement au gouvernement fédéral. Et cela, c'est le premier intervenant, donc le ministre national. Par la suite, on serait prêt à concevoir la possibilité de l'intervention d'un arbitre qui pourrait être désigné par le juge en chef d'une cour. Nous ne sommes pas opposés à ce concept-là.

Mr. Epp: Thank you, Madam Chairman.

Le président suppléant (Mme Killens): D'Chapados.

Dr Chapados: Monsieur le président, notre mémoire démontre que nous sommes préoccupés par la question constitutionnelle. Il y aurait d'ailleurs beaucoup d'autres possibilités. Une autre possibilité, qui serait formidable, serait que M^{me} Bégin interdise, dans sa loi, la surfacturation, sauf lorsqu'une entente ou un tarif, fixé par décret en Ontario ou ailleurs, arrive à sa date d'expiration. Au Québec, les ententes arrivent à leur date d'expiration, mais elles sont prolongées par l'effet de la loi. Il se pourrait fort bien, ce serait une possibilité intéressante, que M^{me} Bégin dise: La surfacturation sera permise dans ces périodes-là, c'est-à-dire lorsqu'un gouvernement prend quatre ans, comme ce fut le cas au Québec alors que l'entente de 1972 n'a été renouvelée qu'en 1976. À ce moment-là, si le médecin facturait directement son patient, cela ferait une pression sur l'opinion publique et, évidemment, sur le gouvernement. Le problème est constitutionnel. Car, d'une part, peu importe ce qui serait stipulé à la loi fédérale, au Québec, depuis 1970, la facturation directe du patient est interdite. Alors, c'est un moyen qui conceptuellement pourrait être intéressant et obligerait les gouvernements de l'Ontario ou du Québec... Si les médecins se mettent à facturer les honoraires directement à leurs patients, l'opinion publique va réagir et, comme on le sait, les gouvernements réagissent à l'opinion publique. On peut seulement envisager cela de façon conceptuelle, parce qu'à cause du partage justement des juridictions, c'est un moyen qui n'est pas à notre disposition.

Mr. Epp: Thank you, Madam Chairman.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Madam Chairperson, I am trying to understand what this would mean if it was the judgment of doctors in Quebec, for instance, that there was not reasonable compensation. Do you see yourself then appealing directly to the federal government to intervene, or to penalize provinces who, in your view, are not providing reasonable compensation? I am not sure what form this would take.

[Traduction]

charges also have the affect of producing a certain profit for the Minister of Health. This means that he receives money from the federal government and from the patient. In my opinion, the underpayment of physicians has the same effect. The minister receives the same money as his provincial counterparts and he underpays the physicians in our province, thus making a profit. We say to Mrs. Bégin that if you want to deduct dollar for dollar and penalize the provinces charging user fees, then you should also deduct dollar for dollar the amount by which physicians are underpaid and keep this sum in reserve for, say, three years. I would be willing to discuss the formula and if we do not come to an agreement with our provincial minister, you will pay the physicians directly and thus create some equity for those whom you represent in the final analysis in the federal government. So, the first intervenor would be the national minister. Subsequently, we would be willing to go along with the possible intervention of an arbitrator who could be designated by a chief justice. We are not opposed to this concept.

M. Epp: Merci, madame le président.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Dr. Chapados.

Dr. Chapados: Mr. Chairman, our brief shows that we are concerned by the constitutional question. There would indeed be many other possibilities. A good one would be for Mrs. Bégin to prohibit extra-billing in the legislation, except when an agreement or a scale of fees set by order in council in Ontario, or elsewhere, reaches its expiry date. In Quebec, such agreements reach their expiry date, but they are extended under the legislation. It would be quite possible, and this would be an interesting avenue to explore, for Mrs. Bégin to say that extra-billing will be allowed during such periods, that is, when a government takes four years, as was the case in Quebec, when the 1972 agreement was only renewed in 1976. In such a case, were the physician to directly bill his patient, this would bring pressure to bear on both public opinion and the government. The problem is a constitutional one. No matter what the federal legislation may stipulate, the direct billing of patients has been forbidden in Quebec since 1970. Theoretically, this could be an interesting approach which would require the governments of Ontario and Quebec... If physicians start billing their patients directly, public opinion will react and, as we know, governments react to public opinion. However, this can only be considered as a concept, since under the division of jurisdictions, such a possibility is not open to us.

M. Epp: Merci, madame le président.

Le président suppléant (Mme Killens): Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Madame le président, j'essaie de comprendre ce que cela signifierait si les médecins du Québec, par exemple, estimaient qu'il n'y avait pas de rémunération raisonnable. Pensez-vous que vous demanderiez directement l'intervention du gouvernement fédéral par la pénalisation des provinces qui, à votre avis, n'offrent pas de rémunération raisonnable? Je ne vois pas trop comment cela se passerait.

[Text]

• 2005

Dr Richer: Ce n'est pas seulement notre vision des choses. Le fait de qualifier notre rémunération de non raisonnable ne fait pas de nous nos seuls juges.

Cependant, si on analyse les chiffres actuels, le médecin québécois omnipraticien touche environ 40 p. 100 de moins que les omnipraticiens du reste du Canada. Or, le ministre québécois de la Santé reçoit des points d'impôt identiques à ceux des autres provinces et il a aussi accès à la péréquation.

Nous ne voulons pas être nos seuls juges du fait que nous qualifions notre rémunération de non raisonnable, mais certains chiffres tirés d'études économiques reconnues pourraient nous aider. Comme je vous le dis, nous sommes prêts à étudier une formule qui pourrait tenir compte du produit intérieur brut, soit la richesse collective d'une province, et à l'adapter. C'est une formule souple dont nous ne voulons pas être les seuls juges.

Cependant, nous désirons que le ministre national, qui a le devoir d'assurer la prestation équitable et raisonnable de services de santé à l'ensemble des citoyens canadiens, ait aussi le devoir, je pense bien, de veiller ça ce que les dispensateurs de ces services soient heureux dans le système, puisque c'est un système obligatoire.

Personnellement, comme médecin au Québec, je suis obligé d'oeuvrer dans le système; je n'ai pas le choix. Il faut donc une compensation, équivalente, si vous voulez, au moins à la moyenne nationale.

M. Chapados: Madame le président, en réponse à la question de l'honorable député, j'aimerais ajouter que le concept de rémunération raisonnable n'est pas un concept qui, d'après nous, est susceptible 'd'être farfelu, arbitraire ou assujéti à la fantaisie des médecins'.

C'est pourquoi, dans notre amendement, sans rien changer de nos relations de négociation avec le ministre québécois de la Santé, nous demandons, —et c'est la cinquième proposition de l'amendement—que le gouverneur en conseil définisse ce qu'est une compensation raisonnable au sens du paragraphe 19.a), toujours à des fins fédérales de de l'impôt. Alors, ce serait le ministre, ni plus ni moins, ou le gouverneur en conseil, qui par rapport à la moyenne du revenu des Canadiens, en excluant la province intéressée ou etc., fixerait un revenu raisonnable qui serait 'une espèce de seuil' au-dessous duquel ce revenu serait indécent.

Si la province ne se préoccupe pas du critère d'admissibilité prévu à la loi, elle pourrait faire l'objet de sanctions financières. Ainsi, la province serait pénalisée, tout comme le régime d'assurance-santé, parce que le régime en cause ne respecterait pas les conditions d'accessibilité prévues à la loi, auxquelles le gouvernement fédéral contribue considérablement.

Mr. Blaikie: It seems to me you are a very important group and what you have to say on a certain topic could be useful to us, seeing as you are people who have lived and worked with a medicare system in which there has been no extra-billing, and therefore your experience with that would be very valuable. I think I hear you saying there has not been a decrease in the

[Translation]

Dr. Richer: It is not just our way of seeing things. The fact that we describe our compensation as not reasonable does not mean that we are our only judges.

The present figures show that the Quebec general practitioner earns about 40% less than general practitioners elsewhere in Canada. But the Quebec Minister of Health receives the same number of tax points as the other provinces, and he also has access to equalization payments.

We do not want to be our only judges concerning the inadequacy of our compensation, but certain figures taken from recognized economic studies can be of assistance to us. As I said, we are willing to study a formula which would take into account the gross domestic product, that is the collective wealth of a province, and make the necessary adjustments. This would be a flexible formula concerning which we do not expect to be the sole arbiters.

However, we consider that the national minister, whose duty it is to ensure the equitable and reasonable delivery of health services to the entire population of Canada, must also be concerned about the satisfaction of the providers of such care within this system, since it is a compulsory one.

Personally, as a doctor from Quebec, I must work in the system, I have no choice. Therefore, there should be compensation which is at least equivalent to the national average.

Mr. Chapados: Madam Chairman, in answer to the honourable member, I would like to add that the concept of reasonable compensation is not one which, in our opinion, is likely to be far-fetched, arbitrary, or subject to doctors' whims.

This is why in our amendment, without changing anything in our bargaining relationship with the Quebec Minister of Health, we ask—and it is the fifth proposal of the amendment—that the governor in council define what reasonable compensation is under subclause 19.(a) for federal income tax purposes. This would mean that either the minister or the governor in council, in relation to the average income of Canadian, and by excluding or not a particular province, would set a reasonable level of compensation, and anything under this would be unacceptable.

If the province ignores the criterion of eligibility set in the legislation, it could be subjected to financial sanctions. Thus, the province would be penalized, as would the health care plan, since the plan does not comply with the accessibility conditions stipulated in the legislation. And the federal government's contribution is a large one.

M. Blaikie: Il me semble que vous êtes un groupe très important et que vos observations sur certains sujets pourraient nous être fort utiles, puisque vous avez dû oeuvrer dans un régime où la surfacturation n'était pas permise. Votre expérience pourra sans doute nous servir. Si je vous ai bien compris, il n'y a pas eu de détérioration de la qualité des soins dispensés

[Texte]

quality of care available to patients in Quebec. I was wondering if you would want to take this opportunity to comment on the allegations made—by a member of this committee, actually—that there is a black market thing that goes on when you have no extra-billing; that there is under-the-table extra-billing. That suggestion was made, and I thought you might want to have the opportunity on the record to comment on whether or not you agree with that allegation.

Dr Richer: Monsieur le président, à mon avis, ceux qui ont fait ces allégations n'ont aucune connaissance des moeurs au Québec, qui a un système totalement gratuit.

J'ai exercé la médecine pendant 22 ans, dont onze années dans la région, entre 1970 et 1981, année où j'ai cessé d'exercer. Je n'exerçais pas dans un milieu défavorisé et personne ne m'a payé sous de la table. Le régime est entièrement gratuit.

Je ne conteste pas le fait qu'un médecin puisse, au Québec, percevoir des honoraires sous de la table. On est loin du scandale Lockheed. Il n'y a pas de sommes mirobolantes qui sont données aux médecins à titre de compensation. Notre revenu est encore inférieur de 45,000\$ à celui des médecins omnipraticiens du pays, et si l'on ajoute tout ce que les médecins peuvent recevoir sous de la table, l'écart sera peut-être de 44,999\$, ce qui vous donne une idée de l'échelle de grandeur. C'est donc une hypothèse que je qualifierais volontiers de farfelue.

• 2010

Le président suppléant (Mme Killens): Avez-vous terminé, monsieur Blaikie?

Je cède donc la parole à monsieur Marceau.

M. Marceau: Merci, madame le président.

Il est agréable, dans ce débat que nous avons entrepris il y a quelques semaines, d'entendre la voix du Québec s'exprimer avec autant de conviction et manifester un tel désir de nous aider. Comme vous le savez, le problème n'est pas facile et les décisions sont assez difficiles à prendre dans ce domaine.

Le Comité a entendu des commentaires intéressants sur lesquels j'aimerais connaître l'opinion des témoins. On a, entre autres choses, entendu dire à quelques reprises que l'un des principaux problèmes dans le domaine des services de santé vient du fait que trop de patients sont gardés dans les hôpitaux, alors que normalement ils devraient être placés dans d'autres institutions moins coûteuses. Messieurs, votre expérience vous enseigne-t-elle que cette affirmation est fondée, et auriez-vous des suggestions à nous faire pour améliorer la situation au Québec et dans les autres provinces?

Dr Richer: Je pense que vous avez parfaitement raison. Je peux parler particulièrement pour la région du Grand Montréal, que je connais bien, et peut être que certains de mes confrères pourront vous entretenir d'autres régions. Il est évident qu'à Montréal, avec le nombre de patients chroniques que le ministère a imposé, il y a quelques années, dans le secteur des lits de soins de courte durée, il est devenu difficile de traiter nos patients. La liste des patients qui attendent

[Traduction]

aux patients du Québec. Auriez-vous quelque chose à dire concernant des allégations faites par un membre de ce Comité selon qui il y a des paiements en dessous de la table quand on ne permet pas la surfacturation. Cette affirmation a été faite, et j'ai pensé que vous voudriez peut-être profiter de l'occasion pour exprimer votre point de vue là-dessus.

Dr. Richer: Mr. Chairman, in my opinion, those who made such allegations have no knowledge of how people behave in Quebec, which has a completely free system.

I practised medicine for 22 years, 11 of them in this area, between 1970 and 1981, when I stopped practising. I was not practising in an under-privileged environment and never did I receive an under-the-table payment. The plan is completely free.

I do not deny that a physician in Quebec could charge under-the-table fees. It is nothing like the Lockheed scandal. There are no fabulous sums of money handed over to physicians in the way of fees. Our income is still \$45,000 less than that of other general practitioners in Canada, and if we add all the possible under-the-table payments a doctor might receive, the gap would still be \$44,999, which gives you some idea of the order of magnitude. Therefore, I would definitely describe such an allegation as far-fetched.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): Have you finished, Mr. Blaikie?

I now give the floor to Mr. Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Madam Chairman.

In this debate which we began a few weeks ago, it is a pleasure for us to hear the voice of Quebec speak with such conviction and with such a strong desire to be of assistance. As you know, the problem is not an easy one and it will be difficult for us to make decisions.

The committee has heard some interesting comments concerning which I would like to know your opinion. We have been told on a number of occasions that one of the main problems in the health care field is due to the fact that too many patients are kept in hospitals when they should normally be looked after in other less costly institutions. Would your experience lead you to believe that such a comment is justified and do you have any suggestions to make to us about improving the situation in Quebec and the other provinces?

Dr. Richer: I think that you are quite right. I can speak with particular reference to the greater Montreal area with which I am familiar, and perhaps some of my confrères may add something about their regions. It is obvious that in Montreal, with the number of chronic patients which the department imposed some years ago for acute care beds, it has become difficult to treat our patients. Waiting lists are constantly growing and there is a corresponding delay in the treatment of

[Text]

s'allonge, et le traitement de personnes au fond très productives pour la société s'en trouve retardé. Bien sûr, nous respectons les malades chroniques; nous souhaitons qu'ils soient bien traités, mais il vaudrait sûrement mieux s'adresser aux centres d'accueil ou d'hébergement pour ce type de maladie qui ne requiert pas d'infrastructure coûteuse. Autrement, on empêche la population active de recevoir des soins de courte durée.

Cette situation se vérifie d'une manière particulièrement aiguë à Montréal où l'on ferme périodiquement des salles d'urgence parce que l'afflux est tel que l'hôpital ne peut plus répondre à la demande. Quand moins de 5 ou 4 pour cent des lits d'un hôpital sont libres, toute urgence ouverte peut être dangereuse, pour des raisons évidentes.

Cette situation se vérifie également en province, je crois. Le docteur Gagnon qui a exercé à Rimouski pendant 25 ans, peut sûrement m'aider à ce sujet.

Dr Georges-Henri Gagnon (directeur des affaires professionnelles, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec): Je pense que la situation n'est pas plus éloquente dans notre région. A Rimouski, il y avait un seul hôpital régional où il y avait plusieurs malades chroniques sur les étages des malades de courte durée, qui devaient attendre leur entrée sur les étages des malades chroniques ou dans des centres d'hébergement qui n'avaient pas de place.

En effet, il devait y avoir au moins 30 à 40 malades dans des lits de courte durée qui ne leur revenaient pas. Chez nous, ce n'était donc pas plus éloquent puisqu'il s'agissait du seul hôpital de la région, mais nous n'avions pas tellement le choix.

M. Marceau: Pour ce qui est du coût, est-il vrai qu'il en reviendrait moins cher dans des maisons d'hébergement?

Dr Dutil: Je ne doute aucunement qu'il en coûterait certainement moins cher puisque l'infrastructure des soins de courte durée dans les hôpitaux est coûteuse et que, finalement, elle sert peu au traitement de ce type de malades.

Pour renchérir les propos du docteur Richer au sujet de la pénurie de lits pour soins aigus dans la région du Grand Montréal, le conseil régional a évalué qu'en décembre 1982, il y avait pénurie de 2,000 lits de soins de courte durée, pour cette seule région.

• 2015

M. Marceau: Les malades chroniques qui occupent des lits de soins de courte durée paient-ils des frais d'hébergement au Québec?

Dr Dutil: Lorsque le malade a son congé des soins actifs, après 90 jours dans un centre hospitalier, il doit faire un paiement *per diem*, selon ses revenus.

Mme Côté: C'est automatique après 90 jours?

Dr Dutil: Non, ce n'est pas automatique. C'est seulement quand il a reçu son congé des soins actifs.

Dr Richer: Autrement dit, il peut être pendant 125 jours en soins actifs et ne rien payer. Mais, après 90 jours, s'il reçoit son congé mais ne peut être transféré dans un hôpital pour

[Translation]

persons who are in fact very productive for society. Of course, we respect the chronic patients and want them to have good treatment, but it would surely be better to have them looked after in nursing or rest homes which do not require the same type of expensive infrastructure. Otherwise, we are preventing members of the workforce from receiving acute care.

The situation is particularly trying in Montreal, where emergency departments are periodically closed, since the number of patients is so great that the hospital can no longer cope with the demand. When less than 5% or 4% of the hospital beds are free, it can be dangerous to have an emergency department functioning for obvious reasons.

This situation is also true in the rest of the province, I believe. Dr. Gagnon, who has practiced in Rimouski for 25 years, can surely enlighten us on this point.

Dr. Georges-Henri Gagnon (Director of Professional Affairs, Federation of General Practitioners of Quebec): I do not think that the situation is any worse in our area. In Rimouski, there was just one regional hospital with a number of chronic cases in acute care sections who had to wait until there was a place available for them in the chronic care sections or in nursing homes.

There must have been at least 30 or 40 patients in acute care beds who did not belong there. I am talking about the only hospital in the region, and we did not have much choice in the matter.

Mr. Marceau: As far as costs go, is it true that it would cost less in a nursing home?

Dr. Dutil: I have no doubt about it costing less, since the infrastructure for acute care in hospitals is expensive and it is of little use in the treatment of such cases.

To add to Dr. Richer's comments on the shortage of acute care beds in the greater Montreal area, according to the regional council's evaluation, in December 1982, there was a shortage of 2,000 acute care beds just for this area.

Mr. Marceau: Do chronic patients occupying acute care beds pay accommodation costs in Quebec?

Dr. Dutil: When the patient receives a discharge from acute care after 90 days in a hospital, he must make a *per diem* payment, depending on his income.

Mrs. Côté: Is it automatic after 90 days?

Dr. Dutil: No, it is not automatic. It is only when he has been discharged from acute care.

Dr. Richer: In other words, he may remain 125 days in acute care and not pay anything. But after 90 days, if he is discharged but cannot be transferred to a chronic care hospital, he will start paying a daily fee which varies.

[Texte]

malades chroniques, il va commencer à payer un montant *per diem* qui sera plus ou moins élevé.

M. Marceau: Et qu'il ne devrait pas payer . . .

M. Gagnon: Mais habituellement, on se charge de lui dire qu'il a 90 jours de faits, et on essaie de voir s'il est encore malade actif ou pas.

M. Marceau: Une autre question, un peu plus délicate, car je pense qu'on doit poser les questions qui nous semblent intéressantes. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada nous a présenté un exposé fort intéressant, mais qui soulève certaines questions. On nous a dit que pour diminuer les co-ûts des soins de santé, on devrait confier aux infirmières certains travaux qu'elles pourraient accomplir à moindre coût, ce qui permettrait aux médecins de consacrer plus de temps à des soins véritablement médicaux. Cela pourrait diminuer sensiblement le coûts des soins de santé. Est-ce que vous auriez des commentaires à faire là-dessus?

Dr Richer: Il est vrai que vous soulevez une question fort délicate. Nous, évidemment, nous soutenons que la médecine doit être exercée par des médecins.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): You bet it is!

Dr Richer: Autrement, on entre dans un régime dangereux. Peut-être qu'il ne coûtera pas cher, mais la qualité en sera certainement diminuée. Il y a des aides-infirmières qui demandent la même chose aux infirmières. Bien sûr, si vous allez *down the line*, cela va coûter de moins en moins cher. Mais pour moi, un pont doit être fait par un ingénieur. Je trouve que c'est moins dangereux quand je traverse le fleuve. La médecine doit être exercée par des médecins, et les coûts, on doit les assumer. Je pense que la société a des choix à faire, et c'en est un.

M. Marceau: Mais n'y a-t-il pas quand même une certaine marge entre l'acte médical lui-même et le soin? Je suis tout à fait d'accord avec vous en ce qui concerne l'acte médical, mais les médecins n'ont-ils pas pris l'habitude de donner eux-mêmes certains soins qu'on ne ne pourrait pas nécessairement qualifier d'actes médicaux?

Dr Richer: Remarquez qu'en pratique, on délègue beaucoup d'actes aux infirmières.

A l'hôpital, quand on ordonne une injection, généralement, sauf si c'est un produit dangereux à administrer, c'est l'infirmière qui la donne; les prises de tension artérielle, etc. . . L'infirmière a un travail bien précis à accomplir et elle l'accomplit bien. On ne disconvient pas de cela. Cependant, si l'infirmière était le premier dispensateur de soins, il y aurait certains dangers, à mon avis.

M. Marceau: Vous vouliez ajouter quelque chose, monsieur Chapados? Cela vous a échappé?

Dans votre mémoire, vous parlez de la possibilité pour le gouvernement fédéral d'assurer certaines garanties minimales. Evidemment vous parlez de la rémunération équitable ou raisonnable. Selon vous, y a-t-il d'autres garanties minimales que nous devrions assurer et qui rendraient le service de santé mieux adapté aux besoins de la population?

[Traduction]

Mr. Marceau: And which you would not have to pay . . .

Dr. Gagnon: But usually, he is told that his 90 days are up, and an attempt is made to determine whether he is still an acute care patient or not.

Mr. Marceau: Another question, which is a bit more delicate but interesting nonetheless. The Canadian Nurses' Association presented a very interesting brief to us which raised a number of questions. We were told that to reduce health costs, nurses should be given certain tasks which they could carry out at lesser costs, and this would allow doctors to devote more time to actual medical care. This could bring about a sizable reduction in health costs. Do you have any comments on this?

Dr. Richer: It is true that you are raising a very delicate question. We, of course, are of the opinion that medicine should be practised by physicians.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Et comment!

Dr. Richer: If that is not the case, we are venturing on dangerous ground. Perhaps the costs will not be as great, but quality will certainly suffer. There are nursing aides who are asking the same thing from nurses. Of course, if you go down the line, the costs can be progressively reduced. But as far as I am concerned, a bridge must be made by an engineer I would have less reason to worry about danger when I cross the river. Medicine must be practised by physicians and we will have to bear the costs. I think society has choices to make, and this is one of them.

Mr. Marceau: But is there not a certain distinction between a medical act and the providing of care? I am in complete agreement with you as far as medical acts are concerned, but have physicians not got into the habit of providing certain other cares which would not fall into that category?

Dr. Richer: As far as actual practise goes, we delegate a lot of tasks to the nurses.

In the hospital, when we prescribe an injection, it is generally the nurse who does it, unless it is a dangerous product to administer; the same is true for the taking of blood pressure, et cetera . . . Nurses have a precise job to do and do their job well. We do not disagree with that. However, if the nurse were to be the primary provider of care, there would be some dangers, in my opinion.

Mr. Marceau: Did you want to add something, Mr. Chapados? You have nothing to say on this.

In your brief, you refer to the possibility of the federal government insuring certain minimum guarantees. Of course, you are talking about just or reasonable compensation. In your opinion, are there any other minimum guarantees which should be provided by us and which would mean health services better adapted to the needs of the population?

[Text]

Dr Richer: Je pense que l'accessibilité pour toute la population, telle que définie dans le projet de loi, est une garantie que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social doit offrir à chacun des citoyens canadiens. Il y a l'intégralité des soins, les soins assurés. Vous savez qu'il y a des gouvernements provinciaux qui ont tendance à vouloir désassurer certains services. Au Québec, on est témoin actuellement de certaines intentions, avec la modification d'un règlement qu'on appelle le règlement 22. On est témoin de certaines intentions du ministre de procéder à ce qu'on appelle, nous, la désassurance. Il y a donc un accroc au concept de l'intégralité des services. Je pense que le ministre fédéral doit garantir le service intégral.

• 2020

Nous sommes d'accord sur le concept de gestion publique, bien que nous pensions que l'entreprise privée pourrait certainement aider à administrer un hôpital, comme c'est le cas à Hawkesbury. Je crois cependant qu'il est souhaitable que le budget soit contrôlé par l'État. Quant à l'accessibilité, je pense qu'on en a parlé suffisamment. Ce sont des priorités sur lesquelles nous sommes d'accord, et le ministre doit s'assurer que ces priorités restent dans la loi.

M. Chapados: Monsieur le président, j'aurais quelque chose à ajouter au sujet de la condition d'intégralité. Il faut se référer aux articles 9 à 22. Par exemple, je suis sûr qu'on va s'opposer à l'alinéa *b*) de l'article 22, si ce n'est déjà fait. On dit:

b) définir les services visés aux alinéas *a*) à *d*) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

A l'article 22 du projet de loi, le gouverneur en conseil se réserve le droit de définir les services complémentaires assurés, et on va sans doute prétendre que cela empêche la détermination de certaines priorités locales ou régionales. Par contre, quand on parle d'intégralité, on doit se rappeler qu'un citoyen canadien peut passer du Québec en Ontario à un moment donné et qu'il reste toujours dans le même système financé avec la participation fédérale. Il faut donc qu'il y ait une détermination des services couverts. Il y a peut-être eu des abus dans le passé, en ce sens que dans une province, la notion de service assuré correspondait à A alors que dans d'autres provinces, elle correspondait à C ou bien à M. À ce moment-là, l'intégralité en prend pour son rhume, comme on dit en bon québécois. Il faut comprendre cette réalité-là.

M. Marceau: Dans votre mémoire, vous vous inspirez du préambule de notre projet de loi et vous le citez:

... les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération du gouvernement, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

Dans cette perspective-là, comment voyez-vous l'avenir dans le domaine de ces améliorations futures? Peut-être voyez-vous l'avenir de façon un peu négative pour ce qui est de la rémunération, mais pour ce qui est des améliorations futures dans le domaine de la santé, est-ce que vous prévoyez des choses intéressantes auxquelles les gouvernements pourraient contribuer?

[Translation]

Dr. Richer: I think that accessibility for the entire population, as defined in the bill, is a guarantee which the Minister of National Health and Welfare should provide all Canadian citizens. There is the comprehensiveness of insured care. You know that there are provincial governments which are interested in removing insurance coverage for certain services. Certain intentions of this sort have already been noticed in Quebec with the modification of a regulation which is referred to as regulation 22. We have noted that the minister intends to remove some insurance coverage. This goes against the concept of the comprehensiveness of services. I think that the federal minister must guarantee a comprehensive service.

We agree with the concept of public administration, although we believe that private enterprise could certainly help in the administration of a hospital, as is the case in Hawkesbury. I do think, however, that it is desirable for the budget to be controlled by the state. As for accessibility, I think we have said enough about that. These are the priorities we agree with, and the minister must ensure that these priorities remain in the act.

Mr. Chapados: Mr. Chairman, I have something to add about comprehensiveness. We should refer to Clauses 9 to 22. For example, I am sure that there will be opposition to paragraph (*b*) of Clause 22, if it has not already been expressed. It reads:

(*b*) defining the services referred to in paragraphs (*a*) to (*d*) of the definition "extended health care services" in section 2;

Under Clause 22, the governor in council reserves for himself the right to define insured extended health care services and it will probably be claimed that this prevents the determination of certain local or regional priorities. On the other hand, in reference to comprehensiveness, we must remember that a Canadian citizen may move from the Province of Quebec to Ontario and that he is still in the same system financed with the participation of the federal government. There must therefore be a determination of the services covered. Perhaps there have been abuses in the past, to the extent that in some provinces, the notion of an insured service covered more than in others. In such cases, the notion of comprehensiveness is far from being watertight. We have to realize this.

Mr. Marceau: In your brief, taking your inspiration in the preamble of our bill, you say:

... future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians.

If this is so, what do you see in the way of future improvements? You may feel pessimistic about compensation, but as for future improvements in the health field, what do you foresee as interesting developments to which the governments may contribute?

[Texte]

Dr Richer: Je pense que le problème auquel nous faisons face actuellement et auquel nous devons faire face pendant de nombreuses années est celui du vieillissement de la population qui est tout à fait prévisible. On est déjà en retard dans ce domaine-là. Je pense que les infrastructures doivent être mises sur pied immédiatement pour assurer à nos futurs patients âgés une retraite décente au point de vue des services médicaux. Je pense que c'est l'objectif principal qu'on devra chercher à atteindre au cours de la décennie à venir.

M. Marceau: Le service à domicile.

Dr Richer: Le service de maintien à domicile. On essaie d'ailleurs de contribuer à la mise sur pied d'un projet pilote à Montréal, projet qui sera peut-être étendu à toute la province. Je pense qu'on doit tenter de traiter le patient âgé ou en perte d'autonomie le plus près possible de son domicile.

M. Marceau: Merci.

The Chairman: Thank you, Mr. Marceau.

Before going to Miss MacDonald, I will remind the committee that we have another important group to see later on this evening, and I will have to rule for a fairly strict five-minute time limit from now on. We will carry on the questioning as long as you wish.

Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

I would like to return to the amendments proposed by the witnesses, particularly the one on Clause 19, because I am having some difficulty with it in a constitutional sense. Could you tell me if you have discussed this with other medical associations in the other provinces to see whether or not they would favour an amendment similar to this?

M. Chapados: Je dois dire que la réponse à cette question-là est non. Je vous rappelle ce que j'avais précisé tout à l'heure. Vous serez en mesure de juger après avoir entendu les représentants des autres provinces canadiennes. Il va sans doute y avoir un débat au sujet de la rémunération raisonnable, adéquate ou suffisante. Nous, nous pensons que c'est un faux débat. Nous sommes d'avis que la meilleure façon d'assurer une certaine sanction de cette garantie minimale-là qui est dans le projet de loi est d'octroyer certains pouvoirs au ministre. Les autres provinces ont-elles pensé à cette formule? Quelle est leur position à cet égard?

• 2025

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Well, the problem that I would have with it is that what one group of doctors might consider reasonable, another group of doctors might not consider reasonable, and we could have 10 arguments going on with the minister at any time, trying to have him or her intercede, to say this is not reasonable in such and such a province. I am not sure quite where it is going to lead us. I mean, as you can appreciate, we are all somewhat concerned about the constitutional boundaries that are crossed in fields such as health and welfare, education and so on.

[Traduction]

Dr. Richer: I think the problem we are now facing and which we will have to face for a long time in the future is the aging of the population. We are already behind as far as that is concerned. I think that infrastructures will have to be set up immediately so that our future elderly patients can be ensured decent medical treatment during their retirement years. I think that this is the main objective we shall have to strive for during the coming decade.

Mr. Marceau: Home care?

Dr. Richer: Yes, home care. We are trying to contribute to the setting-up of a pilot project in Montreal, and this project may be extended throughout the province. I think that we should attempt to treat the elderly patient, or the patient with decreased autonomy, as close as possible to his residence.

Mr. Marceau: Thank you.

Le président: Merci, monsieur Marceau.

Avant de donner la parole à M^{lle} MacDonald, je vous rappelle que nous allons entendre un autre groupe important ce soir, et vous devrez vous en tenir aux cinq minutes prescrites comme temps de parole. Nous allons continuer les questions aussi longtemps que vous le voudrez.

Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

Je voudrais parler des amendements proposés par les témoins, surtout en ce qui concerne l'article 19, car je le trouve difficile du point de vue constitutionnel. Pourriez-vous me dire si vous en avez discuté avec les autres associations provinciales de médecins, pour savoir si elles seraient favorables à un tel amendement?

Mr. Chapados: I must answer no to that question. As I already said, you will be in a position to make that judgment after hearing the representatives of the other Canadian provinces. There will probably be a debate concerning reasonable, adequate or sufficient compensation. We do not believe that such a debate is justified. We consider that the best way of ensuring a certain sanction for this minimum guarantee is by granting certain powers to the minister in the bill. Did the other provinces consider this formula? What is their position on it?

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oui, mais ce qui est raisonnable pour un groupe de médecins ne le sera pas forcément pour un autre, et il pourrait y avoir 10 groupes qui essaient de convaincre le ministre d'intervenir ou de le convaincre que ce que l'on propose n'est pas raisonnable dans une province donnée. Comme vous pouvez vous l'imaginer, nous sommes tous préoccupés par le fait qu'il y a chevauchement de juridictions dans le domaine de la santé et du bien-être, de l'éducation, etc.

[Text]

M. Chapados: Monsieur le président, j'aimerais souligner à l'honorable député que nous ne voyons pas cette équivoque, car nous proposons de ne pas laisser à la fantaisie des médecins la définition du concept de rémunération raisonnable, ce qui fera plaisir à certaines personnes.

A l'amendement, nous proposons que le gouverneur en conseil définisse lui-même, au terme de l'alinéa f) de l'article 22, ce qu'il entend, ni plus ni moins, par «rémunération raisonnable». Or, nous voyons cette définition ni plus ni moins, comme une espèce de «revenu minimum» pour le prolétariat médical.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That might be all right for the doctors in Quebec, but it might not for the doctors in British Columbia.

M. Chapados: Il y aurait donc une définition qui serait adoptée par voie réglementaire au niveau fédéral et qui servirait uniquement à des fins fédérales, c'est-à-dire, toujours dans le cadre de notre amendement, aux fins des déductions, si ce critère n'est pas respecté.

Ainsi, aucun concept ne serait laissé à la fantaisie de qui que ce soit, des gouvernements ou qui sais-je encore.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): The only comment I would make is that doctors seem to me to be a pretty independent group of people. I have not noticed they like all that much interference by provincial governments to-date, at least it has not appeared that way. To add another layer of government which might be somehow interjecting itself into their lives, I do not think would be acceptable with a number of doctors anyhow, and I will just leave it at that.

But I wanted to continue it, in this sense, that one might say: all right, the federal government contributes a great deal of money to the health care system of this country, and that ought to be recognized and realized, and there should be some way in which the federal government can stipulate certain criteria. I do not have any difficulty with that whatsoever. When it gets down to what is reasonable compensation and I transfer that—just for the sake of where this might lead us . . . to the fact that the federal government also contributes huge sums of money to post-secondary education, then, let me ask you about the Quebec Teachers' Federation? As a next step, or if the door opens, where do we go on all of this? Do you see . . .

M. Chapados: Monsieur le président, si j'étais à la place du député, je poserais probablement les mêmes questions. Sauf que, et c'est peut-être le témoignage que nous pouvons vous rendre ce soir, on parle souvent de la spécificité du Québec, mais depuis certaines années, nous avons insisté assez fortement sur ce problème de l'intervention de l'État, de l'intervention des bureaucrates, des comités et des conseils de tout acabit. Je suis convaincu qu'au moment où nous nous parlons, nous sommes peut-être un peu à l'avant-garde au Canada.

• 2030

Cela peut vous paraître aberrant dans certaines autres provinces où le médecin occupe une place donnée et où, jusqu'à un certain point, on est davantage porté à respecter son statut professionnel. Ces propositions-là peuvent aller trop loin, à

[Translation]

Mr. Chapados: I would like to point out to the honourable member, Mr. Chairman, that we do not think that there will be any uncertainty, because we propose that it not be left to the whim of doctors to define the notion of reasonable compensation, which will please some people.

In our amendment, we propose that the governor in council state exactly what he means by "reasonable compensation" in section 22.(f). We see this definition as providing a sort of "minimum income" for the medical proletariat.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Cela vaut peut-être pour les médecins du Québec, mais pas pour les médecins de la Colombie-Britannique.

Mr. Chapados: So, at the federal level, a definition will be introduced through the regulatory process for federal purposes only, that is, under our amendment, for the purposes of making deductions if that criterion is not upheld.

So, nothing will be left to the whim of anyone, governments or anyone else.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je tiens juste à dire que j'ai l'impression que les médecins sont pas mal indépendants. Ils ne semblent pas aimer que les gouvernements provinciaux s'ingèrent dans leurs affaires. Il n'y en a pas beaucoup, je crois, qui acceptent qu'on les oblige à faire affaire avec encore un palier de gouvernement. Je n'en dirai pas plus.

J'aurais, cependant, une autre observation à faire. Admettons que le gouvernement subventionne lourdement le régime d'assurance-maladie; il faudrait que ce soit reconnu et que le gouvernement fédéral puisse imposer certains critères. Je veux bien. Lorsqu'il s'agit de décider ce qui constitue un paiement raisonnable—et je vous signale que le gouvernement fédéral consacre des sommes considérables à l'éducation post-secondaire—que devient alors la Centrale de l'enseignement du Québec? Où va-t-on avec tout cela? Que se passera-t-il si l'on ouvre la porte? Voyez-vous . . .

Mr. Chapados: If I were in the member's shoes, Madam Chairman, I would probably be asking the same questions. It is just that, and this may be what we are able to contribute this evening, we often talk about Quebec's specificity, but over the past few years, we have placed a great deal of emphasis on the problem of state intervention, intervention by bureaucrats, committees and all sorts of councils. I am convinced that at this point in time, we may be part of the avant-garde in this country.

This may seem out of line in other provinces, where doctors have a certain position in society and, to a certain extent, there is a greater tendency to respect their professional status. You may feel that these proposals go too far, but we have been

[Texte]

votre avis, mais c'est une médecine que l'on vit depuis plusieurs années, dans le meilleur système au Canada. La question qu'on pose est celle-ci: n'y aurait-il pas moyen, dans ce meilleur système, d'avoir non pas la rémunération la plus élevée au Canada pour les médecins, mais une rémunération qui se rapproche de la moyenne nationale, justement parce qu'il y a des fonds fédéraux? En d'autres mots, les médecins réclament justice, et le témoignage des médecins du Québec est assez particulier à cet égard. Nous avons une certaine expérience de la planification. Des commissions Castonguay, on en a eu et, depuis ce temps-là, il y en a d'autres en permanence pratiquement. On a donc une expérience particulière de ce côté-là au Québec.

On vous dit que cela peut paraître aller trop loin. Ne nous comparez pas à la C.E.Q. de M. Charbonneau et des enseignants. Compte tenu de l'expérience vécue, nous pensons être en mesure de demander au Parlement canadien d'inscrire dans la loi certaines garanties minimales.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Perhaps what you need in Quebec is a new government.

Une voix: Peut-être.

Une voix: *We agree entirely.*

Le président suppléant (Mr. Marceau): Madame Killens.

Mme Killens: Merci, monsieur le président.

Si j'ai bien compris votre mémoire, vous dites que dans le moment, notre projet de loi C-3 veut imposer deux contraintes, une sur la surfacturation et l'autre sur le ticket modérateur.

Je regarde vos amendements, à la page 13, et je vois qu'ils portent tous sur une contrainte additionnelle, soit la rémunération raisonnable. Si le gouverneur en conseil réussit à faire tout cela, cela devient, si j'ai bien compris, une troisième contrainte. Là vous préconisez qu'on déduise d'une contribution pécuniaire de la même façon. Alors, on commettrait trois péchés. C'est bien cela?

Dr Richer: Il y a un péché qu'il nous est impossible de commettre chez nous. On a bu l'élixir en naissant, tout comme Obélix. Il est impossible chez nous de surfacturer. Ce n'est pas permis, et cela ne l'a jamais été depuis 1970. On s'est soumis à cela jusqu'à un certain point et on a dit: En contrepartie, donnez-nous une rémunération équitable. Cette rémunération-là, depuis 1980 particulièrement, est devenue inéquitable. Evidemment, on est obligés de nuancer notre position, mais on n'a pas péché encore. C'est illégal chez nous de pécher.

Il n'y a pas trois péchés. On n'a même pas le droit de commettre le deuxième péché dont vous parlez. Il nous est presque impossible de facturer directement, et donc de nous désengager du système. À toutes fins utiles, au Québec, les médecins désengagés se comptent sur les doigts d'une main. Donc, on ne peut pas faire grand-chose. On est contraints de pratiquer dans le cadre du système chez nous. M^{me} Bégin cite en exemple le système québécois: le système canadien est l'un des meilleurs au monde, et le Québec a peut-être le meilleur système au Canada. C'est exemplaire, parce qu'il n'y a pas de surfacturation.

[Traduction]

living with this kind of medicine for a number of years, in the best system in Canada. The question is whether there would not be some way, within that system, not to make our earnings the highest in Canada, but to bring them closer to the national average, because federal funds are involved? Doctors are demanding justice and the testimony of doctors from Quebec is fairly unique. We have had a certain amount of experience with planning. We have had who knows how many Castonguay commissions and, since then, there have been others on an almost permanent basis. So, we have a lot of experience on that side in Quebec.

You have been told that this may seem to go too far. Do not compare us with Mr. Charbonneau's C.E.Q. and the teachers. Given our first-hand experience, we feel that we are in a position to ask Parliament to include minimum guarantees in the Act.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ce qu'il vous faut au Québec, c'est un nouveau gouvernement.

An hon. Member: Perhaps.

An hon. Member: *Nous sommes entièrement d'accord.*

The Acting Chairman (Mr. Marceau): Mrs. Killens.

Mrs. Killens: Thank you, Mr. Chairman.

If I have understood correctly, you say in your brief that Bill C-3 imposes two constraints: One on extra-billing and the other on user fees.

I see that your amendments, which are on page 13, all deal with an additional constraint: Reasonable compensation. I gather that if the Governor in Council managed to do all of that, there would be a third constraint. You are also in favour of deducting the cash contribution using the same method. So, we would be committing three sins. Is that right?

Dr. Richer: There is one sin that we cannot commit in Quebec. We drank the elixir at birth, like Obélix. We cannot over-bill. It is illegal and has been since 1970. We are resigned to it up to a certain point and we are saying: In exchange, give us fair compensation. We are no longer being fairly compensated, particularly since 1980. We naturally have to qualify our position, but we have not sinned yet. Sin is illegal in Quebec.

It is not a question of there being three sins. We are not even allowed to commit the second sin that you referred to. It is almost impossible for us to direct-bill and opt out of the system. For all intents and purposes, you can count the number of opted out doctors in Quebec on the fingers of one hand. So we cannot do much. We have to practise within the system. Mrs. Bégin holds up the Quebec system as an example: The Canadian system is one of the best in the world and Quebec may have the best system in Canada. It is a model system, because there is no extra-billing.

[Text]

M. Johnson dit la même chose: le système de santé québécois, c'est le meilleur. Nous, les médecins, on est fiers d'avoir le meilleur système de santé au monde, mais ne recevoir que 45,000 dollars par année, c'est payer un peu cher cette exemplarité, croyons-nous.

Dr Dutil: Evidemment, en éliminant la surfacturation, M^{me} Bégin veut protéger l'accessibilité du système. Si la surfacturation met en cause l'accessibilité du système, nous croyons que la rémunération déraisonnable des médecins au Québec, rémunération qui est inférieure d'environ 40 p. 100 à la moyenne nationale, met aussi en cause l'accessibilité du système. Donc, selon la même logique, les pénalités que l'on prévoit pour les provinces qui surfacturent devraient également s'appliquer lorsque la rémunération n'est pas raisonnable, puisque ce type de rémunération met aussi en cause l'accessibilité.

M. Chapados: Un commentaire sur le plan juridique. Dans son projet de loi, le ministre dit qu'elle interdit la surfacturation en ajoutant des pénalités. C'est aussi ce que dira le Parlement s'il adopte le projet de loi. Donc le Parlement canadien va démontrer clairement qu'il est opposé à la surfacturation et que, de plus, il sanctionne le principe. Il agit de même à propos des frais modérateurs, en disant qu'il sanctionnera si on l'utilise toujours au niveau des contributions fédérales.

• 2035

Enfin, comme à l'article 12.c), on semble faire du concept de rémunération raisonnable un critère d'accessibilité, nous invitons le Parlement à définir s'il s'agit d'un véritable critère d'accessibilité et, si tel est le cas, compte tenu de la situation et des disparités observées, à avoir le courage de les sanctionner par voie juridique.

Le président suppléant (Mme Killens): Une dernière question, je vous prie.

Si le Comité ne retient pas votre recommandation, serez-vous favorable à la solution de comité d'arbitrage préconisée par le juge Hall, dans son rapport de ce matin? Pensez-vous que c'est une formule applicable ou qu'il y aurait risque d'ingérence dans un secteur de compétence provinciale, si le ministre décidait, d'une façon ou d'une autre, d'imposer ce genre de comité aux provinces?

Dr Richer: Je n'ai pas les connaissances pour vous répondre si cela créerait un conflit de compétence. Toutefois, je peux vous dire qu'au Québec, en tout cas, tous les gouvernements québécois ont refusé l'arbitrage pour les médecins, sous prétexte que ce n'était pas à un arbitre à déterminer la masse d'argent que le gouvernement doit utiliser pour les payer.

L'expérience pourrait toutefois être tentée. Comme nous nous trouvons si loin de la moyenne nationale, il est certain qu'aucun arbitre raisonnable ne va examiner nos chiffres sans porter un jugement susceptible de nous aider.

Nous serions certainement prêts à envisager l'arbitrage obligatoire, à condition évidemment que le mécanisme de nomination des arbitres soit à toute épreuve.

[Translation]

Mr. Johnson says the same thing: The Quebec health system is the best. We, as doctors, are proud to have the best system in the world, but we only get \$45,000 a year; it is expensive to be a model, believe us.

Dr. Dutil: By eliminating extra-billing, Mrs. Bégin wants to guarantee accessibility. We believe that if extra-billing threatens the system's accessibility, then the unreasonable compensation that Quebec doctors are getting, which is about 40% below the national average, also threatens its accessibility. Using the same logic, the penalties that will be imposed on provinces who over-bill should also apply when compensation is not reasonable, because unreasonable compensation also threatens accessibility.

Mr. Chapados: I would just like to comment on the legal aspect. In the bill, the Minister says that she is making extra-billing illegal by adding penalties. That is what Parliament will say as well if it passes the bill. So, the Canadian Parliament will clearly demonstrate that it is opposed to extra-billing and moreover that it upholds this principle. The same thing applies to user charges, when it states that it will uphold this if it is always used for federal contributions.

Lastly, for example, in section 12.(c), it appears that reasonable remuneration is becoming an eligibility criterion, and we would ask Parliament to state whether it is really an eligibility criterion, and if this is the case, and given the situation and the clear disparities, to have the courage to use legal means to uphold them.

The Acting Chairman (Mrs. Killens): One last question, please.

If the committee does not accept your recommendation, would you be in favour of an arbitration committee, as suggested by Judge Hall in his report this morning? Do you think that this is an applicable formula, or do you feel that there would be the risk of interference in a sector of provincial jurisdiction if the minister decided to impose this kind of committee on the provinces?

Dr. Richer: I am not in a position to tell you if this would create a conflict of jurisdiction. However, I can tell you that in Quebec, in any case, all of the Quebec governments have refused arbitration for doctors under the pretext that it was not up to an arbitrator to decide the amount of money that the government must use to pay them.

The experiment might be tried. Since we are so far from the national average, it is clear that no reasonable arbitrator would examine our figures and not give up a reasonable decision.

We are certainly prepared to look into mandatory arbitration, on the condition that the method for appointing arbitrators is open to testing.

[Texte]

Mme Killens: Merci.

Le président suppléant (M. Marceau): Monsieur Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I want to congratulate our witnesses tonight on their presentation. I am very impressed with their proposal for amendment 19A and the successive ones. I think there is a lot of merit in that.

I am reminded of the old adage that what is sauce for the goose is sauce for the gander. If Madam Bégin wants to protect the patients, she should also protect the physicians who render the service. I think your argument is unassailable, quite frankly. We will hear more discussion later, I am sure.

One question briefly about that, if I may. I think it implies the need obviously for arbitration boards of some sort. Do you foresee that happening at both the provincial level and the federal level, or at one level only? Have you thought about that?

M. Chapados: Monsieur le président, au point de vue juridique, je ne vois pas comment, à moins d'une entente au niveau constitutionnel,—je ne sais pas si les neuf provinces viendraient à Ottawa et une autre irait à Québec, ce soir-là,—mais à moins d'une entente entre les divers paliers de gouvernement, je ne vois pas comment, dans votre loi fédérale, vous pourriez adopter des mécanismes dont la décision aurait pour effet de lier les gouvernements provinciaux. Quant à moi, le problème constitutionnel est épineux dans ce cas et c'est peut-être pour cette raison qu'on a opté pour une solution de paresse. On s'est peut-être dit qu'il était tellement facile de régler la question par de petites lois de contributions fédérales où le gouvernement fédéral a pleine autorité. Nous nous sommes donc dit que si une pénalité assaisonne le concept de rémunération raisonnable, aux seules fins des contributions, cela aura le même effet sans soulever de problèmes de compétence interminables.

Mr. Halliday: I think this problem is going to require a lot more thinking out as to its logistics. But it certainly has, I think, a lot of merit.

I have a second question, and perhaps a third, if I have time.

Are there any family physicians or general practitioners in Quebec who impose a registration fee of some sort for patients or families who go to a clinic or go to a physician's practice?

• 2040

Dr Richer: Non, cela n'existe pas.

Mr. Halliday: Thank you. Are there any services in Quebec that are not covered by your hospital plans, such as certificates of sickness or such as telephone consultations? You have nodded your head for both of those and you have affirmed it. What other services are not covered by the Quebec plan?

Dr Richer: Certains services qui ont trait à l'esthétique, par exemple, ne sont pas couverts par le régime provincial. Toute la partie médico-administrative de notre travail, comme la rédaction de certificats, sauf quelques-uns qui sont bien précisés dans notre entente, n'est pas rémunérée au Québec.

[Traduction]

Mrs. Killens: Thank you.

The Acting Chairman (Mr. Marceau): Mr. Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. J'aimerais féliciter nos témoins pour leur mémoire. Je suis très impressionné par leur projet d'amendement 19A et les modifications suivantes. J'y trouve beaucoup de mérite.

Je pense qu'on ne peut pas avoir deux poids, deux mesures. Si M^{me} Bégin veut protéger les malades, elle doit aussi protéger les médecins. À mon avis, on ne peut pas contredire vos arguments. La discussion se poursuivra, j'en suis sûr.

J'ai une courte question à vous poser. Je pense qu'on a besoin de comités d'arbitrage. Pensez-vous qu'il faut les avoir au niveau provincial, ou au niveau fédéral, ou aux deux niveaux? Qu'en pensez-vous?

Mr. Chapados: Mr. Chairman, from a legal point of view, I do not see, unless there is a constitutional agreement—I do not know whether nine provinces would come to Ottawa and one representative would go to Quebec the same evening—but unless there is an agreement between the various levels of government, I do not see how, under your federal laws, you would be able to set up mechanisms whose decisions would bind the provincial governments. In my opinion, the constitutional problem is a thorny one in this case and that is probably why we have chosen the lazy way out. It was probably thought that it was easier to settle the question by small laws on the federal share, where the federal government had full authority. We felt that if there was a penalty attached to the notion of reasonable remuneration for the purposes of contributions alone, this would have the same affect, without raising the very difficult question of jurisdiction.

M. Halliday: À mon avis, il faut étudier ce problème en profondeur. Mais je pense que la proposition a beaucoup de mérite.

J'ai une deuxième, et peut-être une troisième question, s'il me reste du temps.

Y a-t-il des médecins omnipraticiens, au Québec qui obligent les malades ou les familles à verser des honoraires pour s'inscrire à une clinique ou à un bureau?

Dr. Richer: No, this does not exist.

M. Halliday: Merci. Existe-t-il des services au Québec qui ne sont pas couverts par le régime provincial, tels que la rédaction de certificats de maladie ou des consultations téléphoniques? Vous avez fait signe que oui. Quels autres services ne sont pas couverts par le régime provincial?

Dr. Richer: Certain cosmetic services, for example, are not covered by the provincial plan. All the administrative part of our work, such as filling out certificates with the exception of some which are carefully stipulated in our agreement, are not paid for in Quebec. Obviously, we are not authorized to bill for telephone consultations.

[Text]

Evidemment, nous n'avons pas l'autorisation de facturer les consultations téléphoniques.

The Acting Chairman (Mr. Marceau): Your last question, Mr. Halliday.

Mr. Halliday: This is just to supplement in this area. Do I understand, then, you are not allowed to charge for a certificate of illness or you are not allowed to charge for a telephone call? Can you charge?

Dr Richer: Nous ne pouvons pas facturer les consultations téléphoniques en vertu de notre code de déontologie. Cela n'a rien à voir avec l'entente. On peut cependant facturer la rédaction d'un certificat qui n'est pas prévu dans l'entente.

Mr. Halliday: The last question, then, is on some testimony we had earlier last week from Dr. Lee Soderstrom, a health economist at McGill. He gave us some very interesting figures relating to incomes and services and he described how, between the years 1972 and 1976, the real value of Quebec fees fell by 23%. I guess that is in relation to the cost of living, inflation and so on. So your real fee value fell 23%. At the same time, the number of services rendered by physicians, diagnostic and therapeutic acts, increased by 40%, also at a time when he describes a massive increase in the number of physicians.

So in spite of a massive increase in the number of physicians, your number of services per physician increased by 40%, and the number of services per capita in the province increased by 64%. That is almost double; it is getting up into that range.

Now, what is the explanation for that? I am a proud physician, too, and I do not like to think the quality of my care would be dropping. But if I had to increase my services per capita by 64% over a period of four years, I think I would have to work an awful lot harder or else give a lot less time to my patients. I almost assume that, when you give a lot less time to patients, quality does suffer.

Now, I would like your comments about those figures of Dr. Soderstrom. There are two things: Does it not affect the quality; and second, does it not increase the cost of medical services immensely to the government when you increase your per capita services by 64% over only four years?

The Acting Chairman (Mr. Marceau): This is a very long question, Dr. Halliday. It is a good one.

Mr. Halliday: Thank you.

Dr Richer: Si vous me le permettez, monsieur le président, je demanderai à notre économiste de faire quelques commentaires. Je ne connais pas l'étude du docteur Soderstrom, mais je n'ai pas l'impression que, de 1972 à 1976, cela a été aussi considérable. J'aurais cependant des commentaires politiques à faire par la suite si vous souhaitez les entendre.

M. Marcel Rodrigues (conseiller économique, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec): Monsieur le président, j'aimerais bien connaître la source des données. Je connais les données canadiennes concernant le coût et le volume des services dispensés. Je connais plus particulièrement

[Translation]

Le président suppléant (M. Marceau): Votre dernière question, monsieur Halliday.

M. Halliday: C'est une question supplémentaire. Ai-je bien compris que vous n'êtes pas autorisés à facturer les consultations téléphoniques ou la rédaction de certificats? Pouvez-vous facturer?

Dr. Richer: Under our professional code of ethics, we cannot bill for telephone consultations. This has nothing to do with the agreement. We can bill for medical certificates but this is not provided in the agreement.

M. Halliday: Ma dernière question porte sur le témoignage de M. Lee Soderstrom, économiste de la santé à McGill. Il nous a donné des chiffres très intéressants sur les revenus et les services, et il nous a décrit la situation entre 1972 et 1976, où la valeur réelle des frais au Québec est tombée de 23 p. 100. C'est à cause du coût de la vie, l'inflation et ainsi de suite, sans doute. Mais la valeur réelle des frais est tombée de 23 p. 100. En même temps, le nombre de services offerts par les médecins, les actes diagnostiques et thérapeutiques, a augmenté de 40 p. 100, et en même temps il a parlé d'une augmentation très grande dans le nombre de médecins.

Alors, malgré l'augmentation énorme du nombre de médecins, le nombre de services rendus par médecin a augmenté de 40 p. 100, et le nombre de services par tête dans la province a augmenté de 64 p. 100. Ce chiffre est presque le double.

Comment pouvez-vous expliquer cela? Je suis aussi médecin et très fier de l'être, et je n'aimerais pas penser à une diminution dans la qualité de nos services. Mais s'il me fallait augmenter mes services par tête de 64 p. 100 dans les quatre années à venir, j'aurais à travailler beaucoup plus dur, ou à consacrer moins de temps à mes malades. Je suis amené à conclure que quand il faudra consacrer moins de temps aux malades, la qualité en souffrira.

J'aimerais vos commentaires sur les chiffres donnés par M. Soderstrom. Il y a deux questions: la qualité n'est-elle pas affectée, et deuxièmement, le coût de ces services pour le gouvernement ne sera-t-il pas accru quand les services par tête ont augmenté de 64 p. 100 sur quatre ans?

Le président suppléant (M. Marceau): C'est une longue question, monsieur Halliday. Mais c'est une bonne question.

M. Halliday: Merci.

Dr. Richer: If you will allow me, Mr. Chairman, I will ask our economist to make some comment. I do not know about Dr. Soderstrom's study, but I have the impression that between 1972 and 1976 it was quite considerable. I will have some policy comments to make afterwards if you would like to hear them.

Mr. Marcel Rodrigues (Economic Advisor, "Fédération des médecins omnipraticiens du Québec"): Mr. Chairman, I would like to know the source of these figures. I know the Canadian figures with respect to the cost and the volume of services rendered. I am particularly aware of the Quebec

[Texte]

celles du Québec. Je me pose d'importantes questions, monsieur le président, parce que le député parle de volumes, et la base des données change d'année en année au Québec. Je vous donne un exemple: une année, on considère qu'une séance d'une cure de désensibilisation constitue un acte; l'année suivante, au lieu de dire qu'une séance constitue un acte, on compte le nombre de piqûres qu'on vous donne, ce qui augmente terriblement le nombre des actes diagnostiques et thérapeutiques.

• 2045

Vous citez une étude que je ne connais pas, mais je dois ajouter qu'une autre étude, effectuée par le professeur Lewis C. Rose, de Winnipeg et publiée dans le *Canadian Family Physician Journal* de janvier 1984, proposait, à titre d'exemple, qu'entre février 1979 et octobre 1981, au Québec, les tarifs n'avaient augmenté que de 6,9 p. 100, alors que la moyenne arithmétique des autres provinces s'établissait à 41,6 p. 100. Donc, je ne comprends pas les conclusions du professeur de McGill.

The Acting Chairman (Mr. Marceau): Do you want to give the source . . .

Mr. Halliday: Yes, the source of the figures Dr. Soderstrom used were from the *Régie de l'assurance-maladie du Québec-Statistique annuelle de Québec*.

Mr. Gagnon: That is what I am saying. You have to work with those figures. I work on a daily basis with those figures, and they change on a yearly basis. They change the unit of volume; the definition changes, and suddenly you can see an increase of about 150% or more in the number per person of therapeutic and diagnostic services. Why is that? It is because they are changing the definition.

So that is why I am saying I cannot give you an opinion on that tonight; I would have to see those figures. But I am used to those changes in the statistics coming out from . . .

Le président suppléant (M. Marceau): Merci.

Monsieur Hudecki.

Mr. Hudecki: In light of the lateness of the hour, I am just going to ask the one question. I would like to direct it, Mr. Chairman, to the economist in the group.

I think the statement the Canadian public has made is that they want the doctors' fees, hospital fees and the expenses of health care to be carried out by the Canadian public by taxes and maybe by premiums in some provinces. In order to do that, I think it is only fair that the public should know exactly how much money is being spent in each province, so if the costs go up, then the taxes could be levied.

Now, I could not find anywhere any indication as to how our tax money is being spent. Provinces know exactly how much money they get from the federal government; they know how much money they get from the premiums, but no one is informed as to exactly how much money comes from the pool of funds within a province.

[Traduction]

figures. These are important questions, Mr. Chairman, because the member is speaking about volume and the data base changes from year to year in Quebec. I will give you an example: In one year we consider that a desensitization cure constitutes an act, and the following year instead of saying that one meeting constitutes an act, we count the number of needles given, which greatly increases the number of diagnostic and therapeutic acts.

You are quoting a study with which I am not familiar, but I should add that another study, conducted by Professor Lewis C. Rose of Winnipeg, and published in the *Canadian Family Physician Journal* in January 1984, stated that between February 1979 and October 1981, fees in Quebec increased by only 6.9% while the arithmetic mean of the other provinces was 41.6%. I therefore fail to understand McGill's professor's findings.

Le président suppléant (M. Marceau): Voulez-vous donner la source . . .

M. Halliday: Oui, les chiffres utilisés par le docteur Soderstrom provenaient de la Régie de l'assurance-maladie du Québec—Statistique annuelle de Québec.

M. Gagnon: Oui, c'est ce que je vous dis. Il faut travailler à partir de ces chiffres. Je travaille avec ces chiffres quotidiennement alors qu'ils changent annuellement. On change les unités ou les définitions, et tout de suite on constate une augmentation d'environ 150 p. 100 ou plus dans le nombre de services thérapeutiques et diagnostiques par personne. Pourquoi? C'est parce qu'on a changé la définition.

C'est la raison pour laquelle je vous dis que je ne peux pas vous donner une opinion là-dessus ce soir. Il faudrait que j'examine les chiffres en question. Mais j'ai l'habitude de constater des changements dans les statistiques publiées par . . .

The Acting Chairman (Mr. Marceau): Thank you.

Mr. Hudecki.

M. Hudecki: Étant donné qu'il est très tard, je vais me limiter à une question. Elle s'adresse, monsieur le président, à l'économiste.

Je pense que la population a exprimé le désir de payer les frais des médecins, les frais d'hôpitaux et les frais de soins de santé à même les impôts, et peut-être grâce à un régime de primes dans certaines provinces. Pour ce faire, à mon avis, il n'est que juste que la population sache combien est dépensé dans chaque province, et donc si les coûts augmentent, les impôts seraient augmentés également.

Je ne trouve nulle part une explication de l'utilisation de l'argent des contribuables. Les provinces savent exactement combien d'argent elles reçoivent du gouvernement fédéral; elles savent combien elles touchent en primes, mais personne n'est informé de la somme exacte qui provient des fonds d'une province.

[Text]

Now, if that is unknown, then it is very difficult for doctors to negotiate for their fees. It is very difficult to know whether or not hospitals are getting enough money. It is difficult for provinces to ask for more money from the federal government. I think the fees really have to come from the doctors themselves through their association with the agencies.

So I wonder, being an economist, are you familiar with any of these figures, and is there a source from which we can get them?

Mr. Rodrigues: I would like to answer that question. I would say I had a discussion with somebody yesterday from the OMA and the same question arose.

Through that arrangement with the federal government, we know there is about \$3.5 billion coming to Quebec, and it is split between hospital care, medicare, *soins chroniques* and post-secondary education. In 1976-1977, 17.4% was supposed to be going to medicare.

Mr. Hudecki: That was 17%?

• 2050

Mr. Rodrigues: In 1976-1977, 17.4% went to medicare to pay for physicians' services. That comes from the Department of Finance. It is from January 6, 1984. What went to Quebec as far as cash payments is only 15.1%. As far as tax points are concerned, it is grouped as health expenditures. We do not know that proportion. We really do not know the exact amount of money that is going to physicians' services or hospital care. I would challenge you to ask the same thing to Ontario or British Columbia. It is the same thing. It is going into the consolidated funds in Quebec. It is a tricky business. We have never been able to untangle that.

Mr. Hudecki: My last question. On what basis, then, do you carry out your negotiations for doctors' salaries? You do not know what sort of sum of money you are dealing with, do you?

Mr. Rodrigues: We do not know. But negotiation is negotiation. There are other bases of data. Revenue Canada is channelled to Health and Welfare. But as you probably know, our latest data date from 1980. We are in 1984. We know, and my president told you, what happened in Quebec since 1980. We have got some doubts on that.

Mr. Hudecki: What is sort of your own feeling even without data? What percentage does the Province of Quebec put into the total pool? I know you have not precise figures, but rough figures, as economists will ... ? Or are you afraid to make predictions?

Mr. Rodrigues: I would leave that to the political side.

Mr. Hudecki: That is all. Thank you.

The Chairman: Thank you, Dr. Hudecki.

[Translation]

Il est donc très difficile pour les médecins de négocier leur rémunération. Il est difficile de savoir si oui ou non les hôpitaux reçoivent suffisamment de fonds. Il est difficile pour les provinces de demander davantage d'argent du gouvernement fédéral. A mon avis, ce sont les médecins eux-mêmes, par l'intermédiaire de leur association, qui doivent fixer les honoraires.

Je me demande donc, étant donné que vous êtes économiste, si vous connaissez ces chiffres, et si vous savez où on peut les obtenir?

M. Rodrigues: J'aimerais répondre à la question. J'ai eu une discussion avec un représentant de l'Association médicale de l'Ontario hier, et la même question a été soulevée.

Nous savons qu'en vertu de l'accord avec le gouvernement fédéral, le Québec reçoit environ 3.5 milliards de dollars, qui sont répartis entre les soins hospitaliers, l'assurance-maladie *chronic care* et l'enseignement post-secondaire. En 1976-1977, on devait consacrer 17,4 p. 100 à l'assurance-maladie.

M. Hudecki: Vous avez dit 17 p. 100?

M. Rodrigues: En 1976-1977, 17,4 p. 100 a été consacré à l'assurance-maladie pour payer les services des médecins. C'est un chiffre qui provient du ministère des Finances et qui date du 6 janvier 1984. En paiements en espèces, le Québec n'a reçu que 15,1 p. 100. Les points fiscaux afférents à l'assurance-maladie sont regroupés avec les dépenses pour les soins de la santé. Nous ne connaissons pas les proportions. Nous ne savons pas exactement combien d'argent est consacré aux services des médecins ou aux soins hospitaliers. Je vous demanderais de poser la même question aux représentants de l'Ontario ou de la Colombie-Britannique. Ils vous répondront de la même façon. Ces paiements font partie du fonds consolidé du Québec. Il s'agit d'une question épineuse, que nous n'avons jamais réussi à démêler.

M. Hudecki: J'arrive à ma dernière question. Sur quoi vous fondez-vous dans les négociations du traitement des médecins? Est-il exact que vous ne savez pas quels sont les sommes en jeu?

M. Rodrigues: C'est exact. Mais négocier, c'est négocier. Il y a d'autres bases de données. Le ministère de la Santé et du Bien-être reçoit des données de Revenu Canada. Mais comme vous le savez probablement, nos données les plus récentes datent de 1980, alors que nous sommes déjà en 1984. Comme le président vous l'a dit, nous savons ce qui s'est passé au Québec depuis 1980. Nous avons certains doutes là-dessus.

M. Hudecki: Avez-vous quand même une idée générale? Quel pourcentage des fonds est contribué par la province de Québec? Je sais que vous n'avez pas les chiffres exacts, mais avez-vous des chiffres approximatifs, comme parfois les économistes ... ? Ou avez-vous peur de faire des prévisions?

M. Rodrigues: Je vais laisser le soin aux représentants politiques de répondre à ce genre de question.

M. Hudecki: C'est tout. Merci.

Le président: Merci, monsieur Hudecki.

[Texte]

Madam Côté.

Mme Côté: Merci, monsieur le président. J'ai deux petites questions à poser.

Est-ce que les autres provinces négocient avec les médecins de la même façon que le Québec?

M. Rodrigues: Monsieur le président, je pourrais peut-être répondre à cette question. Pour ma part, — c'est une opinion personnelle ... je crois que dans les autres provinces, on respecte beaucoup plus le statut du médecin. On respecte aussi beaucoup plus la date d'échéance d'une entente. Au Québec, on laisse pourrir une entente pour essayer d'économiser de l'argent.

Mme Côté: Ma deuxième question. Je voudrais revenir au règlement 22 dont vous avez parlé, docteur Richer. Vous nous disiez qu'on songeait, au Québec, à la possibilité de désassurer certains services qui sont actuellement couverts dans le projet de loi dont on parle. Pourriez-vous nous identifier quelques-uns des soins qu'on aurait l'intention de désassurer?

Dr Richer: Une chose nous préoccupe particulièrement, et on a fait des représentations à Québec à ce sujet. Il s'agit des injections sclérosantes pour le traitement des veines variqueuses. Là on ne parle pas d'esthétique. Les soins esthétiques ne sont pas couverts au Québec pour ce qu'on appelle les pincesaux artério-veineux, c'est-à-dire les petites artérioles qui apparaissent sur les jambes. Donc, dans les cas de rougeurs, de taches rouges, le traitement n'est pas payé. Maintenant, on veut désassurer le traitement par injection de substances sclérosantes de ces veines-là. C'est un traitement qui est reconnu mondialement. Cela n'a pas été inventé au Québec, mais les médecins du Québec sont particulièrement bien qualifiés parce qu'ils en ont fait. C'est reconnu en Europe, tout comme ce l'est par la Corporation. C'est un service qui touche plus particulièrement les femmes, parce que 40 p. 100 des femmes de plus de 40 ans ont des varices un jour ou l'autre. Donc il y a quelque chose dans tout cela qu'on ne saisit pas bien. Il y a d'autres exemples. Après l'âge de 18 ans, le traitement des oreilles décollées ne sera plus payé. On se demande pourquoi on fait cette discrimination en fonction de l'âge. Si quelqu'un a les oreilles décollées et qu'il doit se faire opérer à 22 ans, il nous semble aberrant que l'opération ne soit pas payée. Et ce n'est pas cher, cela. C'est d'ailleurs couvert en ce moment. Le Règlement 22 en propose l'élimination, tout comme un certain nombre d'actes de médecine spécialisée, que nos confrères spécialistes, pourront peut-être vous préciser la semaine prochaine.

• 2055

Dr Gagnon: Si je ne me trompe pas, on voulait garder les injections sclérosantes en établissement et les retirer des cabinets privés. C'était bon en établissement, mais pas en cabinet privé. Pourtant c'était pour le même traitement.

Mme Côté: Quant à la rémunération raisonnable, je vous avouerai que, compte tenu des commentaires que M. Johnson nous a déjà faits parvenir par le courrier,—ce dont vous êtes au courant certainement—je me demande ce que pourrait être la

[Traduction]

Madame Côté.

Mrs. Côté: Thank you, Mr. Chairman. I have two brief questions.

Do the other provinces negotiate with doctors in the same way as Quebec?

Mr. Rodrigues: Mr. Chairman, perhaps I could answer the question. My personal opinion is that the other provinces show a great deal more respect for the status of physicians. They also show much more respect for the date on which an agreement expires. In Quebec, the government lets agreements rot away to try to save money.

Mrs. Côté: My second question concerns Regulation 22, to which you referred, Dr. Richer. You were telling us that Quebec was considering removing some services which are currently covered under the bill in question. Could you tell us some of these services that might no longer be covered?

Dr. Richer: There is one service that concerns us in particular, and we have made representations to the Quebec government in this regard. I am referring to the injections given to treat varicose veins. This is not a cosmetic treatment. Cosmetic treatments are not covered in Quebec in the case of little blood vessels that come to the surface on the legs. The treatment of these red patches is not covered. They are now proposing not to cover the injections given to treat varicose veins. The treatment is recognized world-wide. It was not invented in Quebec, but Quebec doctors are particularly well qualified in it, because they have performed it. It is recognized in Europe, and by the corporation. The effect will be felt particularly by women, because 40% of women over age 40 have varicose veins sooner or later. In the case of patients over 18, the treatment for protruding ears will no longer be covered. We are wondering why the board is going to discriminate on the basis of age. If someone with protruding ears has to have an operation at the age of 22, we find it ridiculous that the operation would not be paid for. And we are not talking about an expensive procedure. In fact, it is covered at this time. Regulation 22 proposes to eliminate it, along with a certain number of specialized treatments, which our colleagues who are specialists may be able to describe to you next week.

Dr. Gagnon: If I am not mistaken, the intention was to have varicose vein injections carried out in an establishment rather than in a doctor's office. It was fine in an establishment, but not in a private office, even though it was for the same treatment.

Mrs. Côté: As far as reasonable compensation is concerned, I have to say that, in view of the comments which Mr. Johnson has already sent us by mail, I expect you are aware of them. I

[Text]

réaction, si on arrivait avec une définition d'une «rémunération raisonnable».

M. Chapados: En tous cas, c'est une définition qui est . . .

Mme Côté: Un «salaire minimum» garanti.

Dr Richer: Non, ce n'est pas un salaire minimum garanti, loin de là. Mais je pense que le gouvernement fédéral n'a pas à craindre la réaction de M. Johnson. Vous n'êtes pas ici pour ménager des susceptibilités, mais pour tenter de rendre équitable un service de santé dans lequel nous, médecins canadiens,—nous le sommes encore . . . sommes obligés d'oeuvrer. Et au Québec, nous sommes encore plus obligés que les autres d'oeuvrer pour des conditions que je ne semble pas vous expliquer.

M. Marceau: À l'intérieur de la Constitution?

Dr Richer: Oui, je n'en disconviens pas, et c'est pour cela que nous faisons un effort, si vous voulez, pour tenter de suggérer des amendements qui puissent être constitutionnels. Il est certain que nous ne voulons pas nous lancer dans une guerre constitutionnelle, il y en a déjà suffisamment, mais le service de santé doit d'abord rendre des services à des patients par le biais de médecins qui sont, ma foi, heureux et traités équitablement. Au fond, c'est tout ce que nous essayons de dire.

Nous devons, nous, ménager davantage les susceptibilités parce que c'est nous qui nous trouvons face à lui à la table de négociation, et pas vous, et vous devriez agir de façon à créer cette équité pour les médecins québécois.

Dr Gagnon: Je pourrais ajouter que si l'on ne connaît pas exactement la définition du terme raisonnable, on sait que 45,000 dollars de moins que la moyenne du Canada, c'est déraisonnable.

Je pense que nos membres vont se poser cette question à l'échelle de la province. Or, cela présente des conséquences, dont nous avons un peu parlé au début.

Il ne faut pas penser que les médecins du Québec sont plus innocents que les autres médecins au Canada. Avec 45,000 dollars en moins et un impôt supérieur de 10 p. 100, il y en a qui vont changer de bord, et ça ne prendra pas de temps.

Vous savez, madame Côté, le Nouveau-Brunswick est proche de notre région. De plus, il n'y a pas de faculté de médecine dans cette province. C'est le Québec, avec la faculté de médecine de Laval, qui dessert le Nouveau-Brunswick, avec Halifax. Alors les gens qui savent compter ne prendront pas beaucoup de temps pour partir. C'est d'ailleurs déjà commencé, et je pense que la situation peut s'aggraver.

Personnellement, ça ne me ferait rien d'être le dernier au Canada. Peut-être que des collègues ne seront pas d'accord avec moi, mais avec 2 ou 3 p. 100 de moins que la moyenne au Canada, je ne dirais rien. Mais lorsqu'il s'agit de 45 p. 100, je ne suis plus d'accord, et je pense que c'est normal.

M. Marceau: 10 p. 100, vous n'êtes pas généreux. C'est plus que cela.

[Translation]

wonder what the reaction would be if a definition of "reasonable compensation" could be determined.

Mr. Chapados: In any case, it is a definition which is . . .

Mrs. Côté: "A minimum guaranteed wage".

Dr. Richer: No, it is not a guaranteed minimum wage, far from it. But I do not think that the federal government needs to fear Mr. Johnson's reaction. You are not here to worry about people's feelings, but rather to ensure that the health service within which we, as Canadian doctors—and we still are Canadian doctors—are obliged to work is a fair one. And in Quebec, it is even more necessary for us than for others to work for conditions which I do not seem to be explaining to you.

Mr. Marceau: Within the constitution?

Dr. Richer: Yes, I do not deny it, and that is why we are making an effort to propose amendments which would be constitutional. Obviously we do not want to get involved in a constitutional war, there is enough of that sort of thing already. But the health service must first and foremost offer patients' services, provided by doctors who are happy and treated in a fair manner. That is really all that we are trying to say.

We on the other hand have to be more careful about people's feelings because we are the ones who sit at the negotiating table, and not you, and you should act in a way to create this fairness for Quebec doctors.

Dr. Gagnon: I might just add that even if we do not have an exact definition of the term "reasonable", we know that \$45,000 less than the Canadian average is unreasonable.

I think that our members will be asking themselves this question at the provincial level. And this would bring about the sort of results which we referred to at the beginning.

No one should think that Quebec doctors are less intelligent than other doctors in Canada. With \$45,000 less and income tax which is 10% higher, it will not take some of them very long to change their location.

As you know, Mrs. Côté, New Brunswick is close to our region. Furthermore, there is no faculty of medicine in this province. New Brunswick is served by Laval's faculty of medicine in Quebec and by Halifax. And so it will not take very long for people who can add to leave. In fact this has already started and I think that the situation may get worse.

As far as I am concerned, I do not mind being the last in Canada. Perhaps my colleagues will not agree with me, but I could accept 2 or 3% less than the Canadian average. But I cannot accept a difference of 45%, and I think that that is understandable.

Mr. Marceau: 10%, you are not being very generous. It is more than that.

[Texte]

Dr Gagnon: Il faudrait le comparer aux autres corps professionnels du Canada. Comparez donc les autres professions du Québec.

Le président: Excusez. Madame Côté, *are you still questioning?*

Mme Côté: Je voudrais entendre le commentaire de M. Chapados.

M. Chapados: Le seul commentaire que j'avais à faire, c'est que, dans le mémoire, on ne demande pas au gouvernement canadien, ni au gouverneur en conseil, de définir la «rémunération raisonnable» du médecin, mais de définir cette «rémunération raisonnable» dans l'article 19.a), aux fins d'une déduction que le gouvernement fédéral peut très bien faire.

C'est d'ailleurs sur cette équivoque que M. Johnson va jouer, s'il en parle, et j'espère que vous allez profiter de l'occasion pour lui rappeler que dans la loi M-8 qui date de 1966, on parle du concept de «rémunération raisonnable». Or, cela remonte à plus de 15 ans, et il n'y a jamais eu d'émeute au Canada, à ce que je sache, sauf, que subitement, c'est le cri de guerre.

Dr Richer: D'ailleurs, madame Côté, si vous me le permettez, je vous ferai parvenir une copie des remarques que M. Johnson m'a adressées récemment à propos du projet de loi C-3, où il commente un certain nombre d'articles. Il a omis de formuler des observations à propos de l'article 12.c), ce qui me porte à penser qu'il est d'accord avec le libellé de la loi fédérale. Je vous l'enverrai certainement.

Mme Côté: Pourriez-vous faire parvenir ce document au président qui le fera circuler à tous les membres du Comité?

Dr Richer: Je m'en ferai un devoir.

Mme Côté: Merci beaucoup, docteur.

Merci, monsieur le président.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Richer, and your large delegation, for coming here tonight. It has been very interesting and we appreciated having you here. Thank you again.

Dr Richer: Merci, monsieur le président.

The Chairman: May we ask the delegation from the Victorian Order of Nurses for Canada to come up, please.

• 2100

We are very pleased to have tonight a delegation from the Victorian Order of Nurses for Canada and Mrs. Islay Arnold from Lethbridge, Alberta is the President. Mrs. Arnold, I wonder if you would introduce your delegation to us and then give us a short opening statement.

Mrs. Islay Arnold (President, Victorian Order of Nurses for Canada): Thank you, Mr. Chairman. I would like to address the Chair and members of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs. I would begin by introducing Mr. Robert Grunow of Hamilton, Ontario . . .

[Traduction]

Dr. Gagnon: You would have to make a comparison with other professional groups in Canada. Look at the other professions in Quebec.

The Chairman: Excuse me. Mrs. Côté, *«Posez-vous toujours des questions?»*

Mrs. Côté: I would like to hear Mr. Chapados' comments.

Mr. Chapados: The only remark which I have to make is that our brief did not ask the Canadian government or the Governor in Council to define "reasonable compensation" for doctors but rather to define "reasonable compensation" in Clause 19(a) for a deduction which the federal government may well make.

It is indeed this ambiguity which Mr. Johnson may pick up, and I hope you will take the opportunity to remind him that Bill M-8, which dates back to 1966, refers to the concept of "reasonable compensation". Indeed the idea goes back more than 15 years, and there has never been strife in Canada, as far as I know, until suddenly we find it is a battle cry.

Dr. Richer: If I may, Mrs. Côté, I will send you a copy of the remarks which Mr. Johnson addressed to me recently with respect to Bill C-3. He comments on a certain number of clauses, but says nothing about Clause 12(c), which would seem to indicate that he agrees with the wording of the federal act. I will be sure to send it to you.

Mrs. Côté: Could you send this document to the Chairman and he would have it distributed to all committee members?

Dr. Richer: Most certainly.

Mrs. Côté: Thank you, very much, Doctor.

Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Merci, docteur Richer, à vous et à votre imposante délégation, d'être venus ce soir. Votre témoignage a été très intéressant et nous sommes très heureux de vous avoir entendus. Merci encore une fois.

Dr. Richer: Thank you, Mr. Chairman.

Le président: Est-ce qu'on peut demander à la délégation des Infirmières de l'Ordre de Victoria de venir à la table, s'il vous plaît.

Nous sommes très heureux d'avoir parmi nous ce soir une délégation des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. Mme Islay Arnold de Lethbridge, Alberta, est la présidente. Madame Arnold, est-ce que je pourrais vous demander de présenter votre délégation et de nous faire une brève présentation.

Mme Islay Arnold (présidente, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada): Merci, monsieur le président. J'aimerais m'adresser à la présidence et aux membres du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires

[Text]

Mr. Epp: You have got a fan.

Some hon. Members: Oh, oh!

The Chairman: I do not want any demonstrations from Dr. Hudecki.

A Witness: This is better than the last one.

Mrs. Arnold: —Mr. Jim Cronyn from Toronto and Mrs. Sharon Marshall. Sharon is the chairman of our Victorian Order of Nurses Committee to review the Canada Health Act and Sharon is from Kentville, Nova Scotia; Mr. Peebles Kelly from Winnipeg, Manitoba; Mr. Walter Purdy from Amherst, Nova Scotia; Mrs. Millicent Taylor, the Acting Executive Director of the Victorian Order of Nurses.

We very much appreciate this opportunity to discuss our submission regarding the Canada Health Act. I know that you have copies of this act—I am sure you do—of this submission, and we want to commend the federal government for its commitment to providing health care to all Canadians.

For the past 85 years, as you know from our submission, the Victorian Order of Nurses has been meeting home nursing and related health care needs in the community. We speak often and proudly of V.O.N. nurses caring for the miners in the Klondike and victims of the Halifax explosion, and we speak equally proudly that our nurses today are emphasizing the care of the chronically ill and the elderly. Our 70 branches employ approximately 1,000 highly qualified staff; we have 70 branches and we involve 4,000 volunteers, more than 1,200 of whom serve on boards of management. In 1982 more than 2.25 million nursing visits were provided to people in Canada.

Much is now being said about new approaches to health care, personal responsibility, health maintenance, health restoration and health promotion. These approaches are not new to VON. They have been inherent in the working objectives of VON since its inception in 1898.

• 2105

The legislation embodied in the Canada Health Act will undoubtedly set the framework within which we and the entire health community will function for many years. As a national health organization, we feel a responsibility to respond and contribute to the Canada Health Act. Sharon Marshall, as I mentioned, is the Chairman of the VON Committee to Review and Monitor the Canada Health Act and will present to you the VON submission. Following Sharon's presentation, we would appreciate your comments and questions. Sharon.

Mrs. Sharon Marshall (Member, Board of Management, Victorian Order of Nurses for Canada): Mr. Chairman, for

[Translation]

sociales. Je voudrais d'abord présenter M. Robert Grunow de Hamilton, Ontario . . .

M. Epp: On vous admire beaucoup.

Des voix: Oh!

Le président: Silence de la part de M. Hudecki.

Un témoin: Cela emporte sur le dernier.

Mme Arnold: . . . M. Jim Cronyn de Toronto et M^{me} Sharon Marshall. Sharon est la présidente du Comité de notre Ordre qui étudie la Loi canadienne sur la santé et elle vient de Kentville, Nouvelle-Écosse; M. Peebles Kelly de Winnipeg, Manitoba; M. Walter Purdy de Amherst, Nouvelle-Écosse; M^{me} Millicent Taylor, directrice nationale suppléante de notre Ordre.

Nous sommes très heureux d'avoir cette occasion de vous parler de notre mémoire qui traite de la Loi canadienne sur la santé. Je sais que vous avez des copies de cette loi, ou plutôt de ce mémoire—j'en suis certaine—et nous voulons féliciter le gouvernement fédéral de s'être engagé à fournir des soins de santé à tous les Canadiens.

Depuis 85 ans, comme on vous l'indique dans notre mémoire, les infirmières de l'Ordre de Victoria ont répondu aux besoins de soins domiciliaires et d'autres soins connexes dans la communauté. Nous parlons souvent avec beaucoup de fierté de nos infirmières qui ont soigné les mineurs du Klondike ainsi que les victimes de l'explosion d'Halifax, et nous sommes aussi fières de nos infirmières qui aujourd'hui se vouent aux malades chroniques et à nos citoyens de l'âge d'or. Nous avons 70 bureaux régionaux qui comptent au total un personnel hautement qualifié de quelque 1000 employés; nous avons donc 70 bureaux régionaux et nous comptons sur 4000 travailleurs bénévoles, dont plus de 1200 siègent à des conseils d'administration. En 1982, on a fait plus de 2,25 millions de visites au Canada.

On parle beaucoup maintenant de nouvelles approches aux soins de santé, de la responsabilité des individus, de l'importance de maintenir ou de rétablir la santé, et d'intéresser les gens à ces questions. Mais ces approches ne nous sont pas nouvelles. Elles font partie de nos objectifs de travail depuis la création de l'Ordre de Victoria en 1898.

La Loi canadienne sur la santé va sans doute créer un cadre à l'intérieur duquel nous et tous les autres qui travaillent dans le domaine de la santé vont oeuvrer pendant bien des années à venir. En tant qu'organisme national de santé, nous croyons avoir la responsabilité de présenter nos impressions et contribuer à l'étude de cette loi. Comme je l'ai déjà dit, Sharon Marshall est la présidente de notre comité qui étudie la Loi canadienne sur la santé et elle va vous présenter le mémoire de l'Ordre de Victoria. Après la présentation de Sharon, nous aimerions entendre vos observations et vos questions. Alors, Sharon.

Mme Sharon Marshall (membre, Conseil de gestion, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada): Monsieur le

[Texte]

the sake of brevity and out of respect for the hour, I would like to concentrate primarily on the recommendations that the Victorian Order would like to make to this committee.

I believe all of you have received a document in the package you had with our submission, a document called *A Statement of Philosophy of the VON for Canada*. In that, the Order states its belief that all people have a right to compassionate, co-ordinated, comprehensive health care and we do believe that, wherever possible, this care should be delivered to individuals in their own homes. VON is a volunteer-led, non-profit organization and, as Mrs. Arnold has told you, it embodies the efforts of professionals and volunteer people, who come together across the country to deliver a service. This organization is one that provides service to individuals and their families in their homes.

In the context of that philosophy in the documentation that accompanied our brief, we would like, first and foremost, to endorse certain elements of the Canada Health Act as they appear in the material we have received. The primary objective of the Canada Health Act, the purposes of the Canada Health Act and the program criteria themselves, as they are defined in Clause 7, all are very compatible and consistent with the approach of this organization to the delivery of service to Canadians. It is in that light that we bring forward the recommendations we have to make this evening.

The first recommendation we would suggest to you is that the definition of insured health services contained in the Bill be expanded so that it include extended health care services and, most particularly, those relating to home care services.

The present definitions of insured health services and extended health care services leave the developmental programs, such as home care services, to the discretion of the provinces. We have noted with concern, therefore, that not all Canadians enjoy reasonable equality regarding comprehensiveness and access to these extended health care services and that these benefits are not required to meet the criteria of portability—particularly portability... universality and universality of access. These points can be very clearly illustrated in another document that we attached to our submission, called *Profiles on Home Care and Home Support Programs*. As well, there is further information that enhances this position in the *Statistical Supplement to the 1982 Annual Report, VON for Canada*.

We recognize that redefining insured services so that they would include the extended programs would make all those services also subject to the five criteria that are spelled out in the Bill. Therefore, it is fair to say that we do not make this recommendation lightly. We realize the significance of it and we feel that it is a very important principle, one that works towards the primary objectives of the Canada Health Act and towards the purpose of the Canada Health Act and that this recommendation is consistent with both of those principles.

[Traduction]

président, je vais être brève puisque l'heure est très avancée, et je vais me limiter surtout aux recommandations que l'Ordre de Victoria aimerait présenter au Comité.

Je crois que vous avez tous reçu les documents que nous avons envoyés avec notre mémoire, et entre autres un document qui a pour titre *A Statement of Philosophy of the VON for Canada*. Dans ce document, l'Ordre souligne sa conviction que tout le monde a droit à des soins de santé compatissants, coordonnés et intégraux, et de plus nous croyons que ces soins devraient être fournis aux individus chez eux en autant que possible. L'Ordre de Victoria est un organisme à but non lucratif dirigé par des bénévoles et, comme M^{me} Arnold l'a déjà dit, il réunit les efforts des travailleurs professionnels et bénévoles, qui se rejoignent à travers le pays afin d'offrir ce service. Notre organisation fournit un service aux individus et à leurs familles chez eux.

Dans le contexte de la philosophie exprimée dans les documents soumis avec notre mémoire, on aimerait tout d'abord appuyer certains éléments de la Loi canadienne sur la santé tels qu'exprimés dans les documents que nous avons reçus. L'objet premier et les buts de la Loi canadienne sur la santé ainsi que la règle générale telle que définie à l'article 7 s'accordent tout à fait avec l'approche de notre organisation quant aux services à fournir aux Canadiens. C'est dans cette perspective que nous vous présentons nos recommandations ce soir.

Tout d'abord nous vous suggérerions d'élargir la définition des services sanitaires assurés que donne le projet de loi et d'y ajouter les services complémentaires de santé et, plus particulièrement, les services à domicile.

Les définitions actuelles des services de santé assurés et des services complémentaires de santé laissent à la discrétion des provinces les programmes de développement tels que les services à domicile. Nous avons donc noté avec inquiétude que les Canadiens ne sont pas tous sur un pied d'égalité quant à l'intégralité et l'accessibilité de ces services complémentaires de santé, et que ces services ne doivent pas nécessairement répondre aux critères de la transférabilité, en particulier, d'universalité et d'accessibilité universelle. Tout cela est très bien illustré dans *Profiles on Home Care and Home Support Programs* (Profils des soins à domicile et des programmes d'aide à domicile), un des documents que nous avons soumis avec notre mémoire. De plus, notre *Statistical Supplement to the 1982 Annual Report, VON for Canada* (Supplément statistique du rapport annuel de 1982 des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada) fournit d'autres renseignements à l'appui de cette position.

Nous savons que le fait de redéfinir les services assurés afin d'inclure les programmes complémentaires aurait comme effet d'assujettir tous ces services aux cinq conditions énumérées dans le projet de loi. Alors ce n'est pas une recommandation que nous faisons sans réflexion. Nous sommes conscients de la signification d'une telle recommandation, mais nous croyons qu'il s'agit d'un principe fondamental qui respecte l'objectif premier ainsi que la raison d'être de la Loi canadienne sur la santé, et que notre recommandation est conforme à ces principes.

[Text]

The second recommendation we would make is that the government explore the alternative systems of health care delivery to improve cost effectiveness, the effectiveness of the service itself, and the effective allocation of the nation's health care resources, as declared in Clause 3.(2) of the Bill itself. We stand ready to serve as a resource, as a helper and a partner in this process.

I think, at this point, we would like to discuss all these issues with you and we would welcome your questions. Thank you, Mr. Chairman.

• 2110

The Chairman: Thank you very much. I will start with Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman.

May I bid a hearty welcome to Mrs. Arnold and all the members of the team. I will take just a moment to pay tribute to your organization. It is one that has a fascinating history. I do not think it is well enough known by Canadians, nor are the difficulties there were in getting it established and what it has accomplished down through the years. I hope that, even coming out of this committee tonight, we will be a lot more aware of your work and able to go out and do a little missionary work for you on the side.

I am particularly interested, naturally, in the recommendations you have made. We have heard before of the need to include other services under insured services. You mention that you want to see all of those relating to home care brought under the Canada Health Act.

I wonder if you can tell me if you have seen any trend in, say, the last five to 10 years, of what is happening to people, particularly older people. Are you seeing that there is less demand for services in the home brought to your organization? Are you seeing more effort being made to put older people into institutions if beds are available? What do you see as the trend? Let us put it this way. Is there any incentive for other members of the family to keep elderly people who need care in the home at the present time? If there is not, what can be done to change that?

Mrs. Arnold: Would you like to answer the question?

Miss Marshall: Mr. Chairman, since 1977, under the Extended Health Care Services Programs, there has been an acceleration in the development of all of these kinds of programs across the country. I think this has enabled and facilitated a great deal of progress in the areas to which you are referring, Miss MacDonald. However, under the present arrangements, funds are transferred to the provinces on a per capita basis. The initiative, the onus, the responsibility and all of the decision-making authority rests there, as to the precise directions that will be taken in individual provinces. So while we see, generally speaking, a consistent trend in the manner that is being followed from province to province, there is no

[Translation]

Notre deuxième recommandation serait à l'effet de demander au gouvernement d'examiner les autres systèmes de soins sanitaires afin d'augmenter la rentabilité, l'efficacité du système lui-même, ainsi que de rationaliser l'affectation des ressources du pays en matière de santé, telles que définies dans l'article 3.(2) du projet de loi. Nous sommes prêts à offrir nos services, nos ressources et notre aide pour réaliser cet objectif.

Alors nous aimerions maintenant discuter de ces questions avec vous et nous serons très heureux d'entendre vos questions. Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup. Je vais donner la parole d'abord à M^{lle} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président.

Tout d'abord j'aimerais souhaiter la bienvenue à M^{me} Arnold et à tous les membres de son équipe. Je vais prendre quelques instants afin de rendre hommage à votre organisation. Son histoire est passionnante. C'est dommage que les Canadiens ne connaissent pas bien cette histoire, ni les difficultés qu'on a dû surmonter afin de pouvoir créer votre organisation, ni même les réalisations de cette dernière au cours des années. J'espère que nous aurons une meilleure idée de votre travail à la fin de notre réunion ce soir, et que nous pourrions peut-être promouvoir vos activités d'une façon officielle.

Je m'intéresse surtout, évidemment, aux recommandations que vous venez de faire. On nous a déjà indiqué qu'il faut inclure d'autres services parmi les services assurés. Vous dites que vous aimeriez que tous les services de soins à domicile relèvent de la Loi canadienne sur la santé.

Je me demande si vous pourriez me dire si vous avez remarqué des tendances depuis les cinq à dix dernières années. Qu'est-ce qui arrive aux gens, surtout aux gens plus âgés? Est-ce que vous recevez moins de demandes pour services à domicile? Est-ce qu'on essaie plutôt d'envoyer les gens âgés dans des institutions si des lits sont disponibles? Quelles sont les tendances? Autrement dit, est-ce qu'on encourage actuellement la famille à garder à la maison les gens âgés qui ont besoin de soins de santé? Sinon, comment est-ce qu'on peut changer la situation?

Mme Arnold: Est-ce que vous voulez répondre à cette question?

Mlle Marshall: Monsieur le président, depuis 1977, en vertu des programmes de services complémentaires de santé, on a accéléré le développement des programmes de cette nature un peu partout au pays. Alors cela a contribué à pas mal de progrès dans le domaine que vous évoquez, mademoiselle MacDonald. Pourtant, en vertu des accords actuels, les fonds sont transférés aux provinces sur une base per capita. Ainsi l'initiative, l'obligation, la responsabilité et l'autorité de décision relèvent des provinces, et ce sont les provinces qui déterminent l'orientation précise chez elles. Alors de façon générale, on voit une tendance nette à cet effet dans les provinces, les progrès ne sont pas nécessairement pareils. Il n'y

[Texte]

assurance of consistency. There is no assurance of comprehensiveness in the manner in which these things are addressed. If you have had the opportunity, through either the material that we attached or through other occasions, to see the perversity . . .

Miss MacDonald: It is very uneven.

Miss Marshall: —of the development of these programs, this is the area to which we refer when we say that we note with concern that not all Canadians do have access to the same kinds of programs from province to province. Not only is there not the same level of comprehensiveness, different requirements can be attached to these programs and that can vary considerably from province to province. We do see, for instance, residency requirements in some cases. There is no portability of these benefits from one province to another. While I am not aware of any particular difficulty at the present time, I think the vulnerability is there for such things as user fees and that sort of thing to find its way into this area of service.

We stressed in our brief the fact that health care programs work in tandem. They are a machine. They fit together and they complement one another to make a complete package. I think the objectives of the Canada Health Act can be reached much more effectively and can be insured much more assuredly if we do have a way of assuring ourselves that there will be a comprehensive advance on all fronts, in all aspects of the health care programs, rather than protecting one or two elements and not protecting the others. I think the very real fact of the matter can be demonstrated in the uneven developments that have occurred from province to province. In fact, there are trends that might cause concern in terms of trends to institutionalizing programs, programs that tend to remove people from their homes. If you do not have positive incentives towards fostering independence, promotion of health, maintenance of health and the regaining of one's health, then in fact in the absence of a positive incentive you have a negative incentive, and in some provinces that exists.

• 2115

So it would be our feeling that in order to assure a comprehensive program one takes steps to ensure that the development of services is done in a comprehensive fashion so we do have togetherness in this package and it can work together.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I draw from what you are saying that if you were to look at this problem and say we will include in the Canada Health Act certain insured services that are not there at present it would be wrong to go about it by selecting this to be done or that to be done. In the long run it would probably be more costly going that route than to say at the outset that it has to be comprehensive, that we have to be willing to expend an additional amount of money to pay for that, but if we carry out that comprehensive approach at the outset in the long run it would probably bring costs down in other institutions and in other ways where the costs are much more expensive at present.

[Traduction]

a rien qui assure une approche intégrale à ces questions. Si vous avez eu l'occasion, grâce à nos documents ou à d'autres sources, de voir les différences . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): C'est très inégal.

Mlle Marshall: . . . dans le rythme de développement de ces programmes, c'est de cela que nous parlons quand nous disons que nous sommes inquiets car les Canadiens n'ont pas tous accès aux mêmes programmes d'une province à l'autre. Non seulement ces programmes ne sont pas nécessairement globaux, mais les exigences reliées à ces programmes peuvent varier beaucoup d'une province à l'autre. Par exemple, dans certains cas, il faut être résident de la province depuis quelque temps pour avoir droit aux services. Les avantages ne sont pas transférables d'une province à une autre. Je ne suis pas au courant des problèmes particuliers qui existent actuellement, mais je crois qu'il y a un danger que les frais modérateurs et d'autres mesures semblables s'introduisent dans ce domaine.

Nous avons souligné le fait dans notre mémoire que les programmes de soins de santé doivent opérer de concert. C'est en quelque sorte une machine. Ces programmes sont complémentaires et se conjuguent pour nous fournir un service complet. Je crois qu'on atteindra les objectifs de la Loi canadienne sur la santé de façon beaucoup plus sûre et plus efficace, si on peut promouvoir des progrès globaux partout dans les programmes de soins sanitaires, plutôt que de protéger certains éléments et non les autres. Je crois que les faits véritables sont évidents si on regarde la différence dans le degré de progrès qui s'est produit d'une province à l'autre. Il existe en réalité des tendances qui pourraient se révéler inquiétantes, et j'entends par là les programmes d'institutionnalisation, d'internement si vous préférez, qui ont tendance à faire quitter leurs foyers aux patients. À défaut de mesures positives encourageant l'indépendance, la promotion de la santé, la protection de la santé et le rétablissement de la santé, à défaut donc, d'encouragements positifs, vous avez une incidence négative qui, dans certaines provinces, existe d'ailleurs déjà.

Nous avons donc le sentiment que pour garantir un programme global, il faut veiller à ce que la création des services se fasse sur un mode global afin que nous puissions tous travailler ensemble dans ce cadre.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): A vous entendre, je tire la conclusion que si vous étiez chargés d'examiner ce problème et si c'était à vous de dire que nous allons effectivement intégrer dans la loi certains services qui ne sont pour l'instant pas assurés, il ne faudrait pas céder en faisant un choix exclusif. À long terme, il serait probablement plus coûteux de procéder de la sorte que de dire d'emblée que nous allons devoir avoir un programme global et que nous allons devoir accepter le fait qu'il faudra dépenser davantage pour le faire; en revanche, si c'est effectivement l'optique que nous adoptons dès le départ, et je parle ici de la globalité, à long terme, les frais d'exploitation du système vont probablement

[Text]

Mrs. Arnold: I think Milly would like to add to that.

Mrs. Millicent Taylor (Acting National Director, Victorian Order of Nurses for Canada): Just briefly, if I may.

You asked about trends within the last five or ten years with respect to older people, for example, and an incentive to keep people in their homes. I think it is our view and our experience as one of the many health care providers in the community that it can in the long term be more cost effective to help people remain at home—and not only in their own home but also I think of adult day care centres, for example, and some kinds of respite care so that the care-giver too is not burdened entirely by having the elderly person at home.

There is no question that we must address the issue of the elderly because we are all getting there rather quickly... referencing even myself—and statistics show, I think, that the ratio of the employed, youth or middle-aged, to the elderly will be like carrying two in our pocket instead of one.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): One final question, Mr. Chairman.

Can you tell me if there are services which you as nurses think you are both able to perform and should be permitted to perform which you are not legally entitled to carry out at present, things which you have seen from your own experiences that could quite capably be handled by you?

Mrs. Arnold: Go ahead.

Mrs. Taylor: Well, I think I will not answer your question directly, partly because we have here not a delegation of nurses per se. I happen to be a nurse and in the acting director position for the national organization. The other members represent the board to whom I report.

Mr. James B. Cronyn (Financial Consultant, Victorian Order of Nurses for Canada): Behave yourselves.

Mrs. Taylor: I do not believe I can directly answer your question around specific nursing or potential nursing roles. There is no question, I think, that the nursing profession can perhaps more cost effectively provide some of the services that are provided in another way in this country at this time to people. That can be done, of course, through community health clinics, through clinics associated with institutions—and I mean physical buildings—in the areas of occupational health. In fact, in VON we are in the field of occupational health, although as you said, VON is not well known, and I am sure that aspect of our program is not, either.

[Translation]

diminuer, notamment dans d'autres établissements et à d'autres égards, par rapport à ce qu'il nous en coûte pour l'instant.

Mme Arnold: Je pense que Milly aurait quelques mots à ajouter à ce sujet.

Mme Millicent Taylor (directrice nationale suppléante, Infirmières de l'Ordre de Victoria): Très rapidement, si vous me le permettez.

Vous avez parlé des tendances des cinq ou dix dernières années à l'endroit des personnes âgées, par exemple, et de ce qu'il faudrait faire pour les encourager à rester chez elles. L'expérience nous a, je crois, prouvé, puisque nous sommes dans la société l'une des principales organisations pourvoyeuses de soins médicaux, qu'à long terme, il pourrait effectivement s'avérer beaucoup plus rentable d'aider les gens à rester chez eux, pas seulement dans leurs propres foyers, mais je pense également aux maisons d'accueil pour adultes par exemple, et également à d'autres genres de soins épisodiques, de sorte que le dispensateur ne soit pas indûment sollicité en ayant à s'occuper à 100 p. 100 des personnes âgées à domicile.

Il est indubitable que ce problème des personnes âgées doit être envisagé parce que la vieillesse nous menace tous—même moi—et les chiffres montrent d'ailleurs que la proportion de personnes âgées par rapport au nombre de jeunes ou de personnes d'âge mûr dans la population active va finir par être telle que chacun va devoir subvenir aux besoins de deux personnes.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Une dernière question s'il vous plaît, monsieur le président.

Pourriez-vous me dire s'il existe des actes, des services, que les infirmières et les infirmiers seraient capables de prendre à leur charge et qu'on devrait leur permettre de prendre à leur charge alors que la loi l'interdit pour l'instant, et j'entends par là toutes ces choses que vous pourriez vous-mêmes faire d'après votre propre expérience?

Mme Arnold: Allez-y.

Mme Taylor: Disons que je ne répondrai pas directement à votre question parce que nous n'avons pas vraiment ce soir de délégation d'infirmiers ou d'infirmières. Bien sûr, je suis moi-même infirmière tout en étant directrice suppléante de l'organisation nationale, mais les autres membres représentent le conseil d'administration auquel je rends compte.

M. James B. Cronyn (conseiller financier, Infirmières de l'Ordre de Victoria): Surveillez-vous.

Mme Taylor: Je ne pense pas être en mesure de répondre directement à votre question qui a trait au rôle qui pourrait être assumé par les infirmiers et les infirmières. À mes yeux, il est indubitable que le corps infirmier pourrait d'une façon peut-être beaucoup plus rentable prendre à sa charge certains services qui, pour l'instant, sont assurés par d'autres personnes ici au Canada. Bien sûr, on pourrait y arriver par le biais des cliniques communautaires, des cliniques rattachées à certains établissements—et j'entends par là qui occupent les mêmes bâtiments—dans les secteurs touchant par exemple à la santé et à l'hygiène au travail. En réalité, les infirmières de

[Texte]

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): This is getting into the alternate systems that you were referring to.

Ms Arnold: Miss MacDonald, I would just perhaps add to what Millie has said that we are here, and in making the introductions—the delegates are members of the board of management. We are, as you can see, regionally representing the the national organization, and we have kept our brief, as you will notice, to particular recommendations.

The Chairman: From Miss MacDonald I go to Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would like to clarify one thing about recommendation 1, about extended health care services and putting them under the list of insured health services.

Do you include in that chronic care services? I just want to be sure about that.

Mrs. Marshall: That terminology is consistent with the terminology as it is used in the Bill. We are using the definition that is used in the Bill—if that is of assistance to you.

Mr. Blaikie: Okay, but by “extended health care services” you mean services in the home. You do not mean a nursing home.

Mrs. Marshall: The definition in the Bill refers to (a), (b), (c), (d)—four levels of service. Our recommendation uses the term “extended health care services” as it is used in the Bill, specifically addressing, hopefully, home care programs and services, but more generally to be comprehensive. This should be a comprehensively addressed question, and we are referring to the entire package of extended health care services as used in the Bill. I would go through them if you like, but . . .

Mr. Blaikie: I have the Bill in front of me now. The reason I asked that is if extended health care services were to become an insured service as such, and nursing home care were included in that, and that was to be provided within the principles of medicare, and especially the principles of medicare as they are outlined in this Bill, that would bring the per diem charges, say, that are charged in nursing homes into conflict with the whole notion of user fees, would it not?

Mrs. Marshall: It would vary with the implementation that is used from province to province.

[Traduction]

l'Ordre de Victoria s'occupent de santé et d'hygiène au travail même si, comme vous l'avez vous-même dit, nous ne sommes pas très bien connus et je ne doute pas que cet aspect de notre programme ne le soit pas vraiment non plus.

• 2120

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Nous en arrivons donc aux autres systèmes possibles dont vous nous avez parlé.

Mme Arnold: Mademoiselle MacDonald, j'aimerais peut-être ajouter à ce que Millie vient de vous dire que nous sommes ici ce soir, mais que les délégués de notre association sont en fait les membres de son conseil d'administration. Comme vous pouvez le constater, nous représentons au niveau régional notre organisme national et, comme vous l'avez sans doute remarqué, notre mémoire s'est limité à certaines recommandations précises.

Le président: La parole est maintenant à M. Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aimerais une petite précision à propos de la première recommandation relative aux services complémentaires de santé, recommandation qui regroupe ces services dans la liste des services assurés.

Entendez-vous également par là les services pour malades chroniques? Je veux qu'il n'y ait aucune ambiguïté à ce sujet.

Mme Marshall: La terminologie que nous avons utilisée correspond parfaitement à celle du projet de loi. Nous avons repris la définition du projet de loi, si cela peut vous être utile.

M. Blaikie: D'accord, mais en parlant de «services complémentaires de santé» vous voulez parler de services dispensés à domicile, et non pas de services dispensés en maison de repos, n'est-ce pas?

Mme Marshall: Le projet de loi, dans sa définition, parle de quatre niveaux de services. Nous avons utilisé dans notre recommandation l'expression «services complémentaires de santé» selon l'acception utilisée dans le projet de loi, en voulant parler plus précisément, du moins c'est notre espoir, des programmes, des services et des soins à domicile, qui seraient dispensés d'une façon plus générale afin d'assurer la globalité du système. Cette question doit être abordée dans son contexte global et nous avons voulu parler de toute la série des services complémentaires de santé comme le mentionne le projet de loi. Si vous voulez, je peux les passer en revue avec vous, mais . . .

M. Blaikie: Merci, j'ai le texte du projet de loi sous les yeux. Je vous ai posé la question pour une bonne raison: si les services complémentaires de santé venaient à être assurés et si les soins en maison de repos l'étaient par conséquent également, si tout cela donc relevait des principes inhérents au système d'assurance médico-hospitalière, et j'entends ici en particulier les principes dont fait état le projet de loi, à ce moment-là, les maisons de repos qui percevraient un forfait quotidien contreviendraient à toute cette notion des frais modérateurs, ne trouvez-vous pas?

Mme Marshall: Cela dépendrait de l'application qu'en font les provinces.

[Text]

Mr. Blaikie: But are you suggesting that you would like to see the principles of medicare applied to all health care services regardless of their content?

Mrs. Marshall: No. Nursing home beds have a variety of uses and definitions and allocations. The nursing home beds that are allocated for nursing care, health care, as defined in the Bill, yes. But nursing home terminology varies somewhat from province to province. So if you are talking about the delivery of health care services, yes, because this is part of the spectrum of the sites for delivering health care.

Mr. Blaikie: You say you recognize that the redefinition of home care services and other extended health care services as insured health services would make these services subject to the criteria of comprehensiveness and accessibility, etc. Then you say this would enhance progress towards the achievement of the primary objective of Canadian health care policy. But the other thing it would do is it would be costly to the provinces.

The same argument would apply, for instance, to the recommendation that the whole area of mental health be reintroduced into the Bill. It was once in a draft of the proposed Canada Health Act. It is not there any more. It seems to me when you recognize that any new inclusion of services under insured health services would demand that those services be provided within the principles of medicare, what has to be recognized is that that will cost the provinces more money, or is likely to cost them more money, anyway, to provide them within the principles. And that seems to me to be the problem with the Bill, which a number of us have pointed out. It is that we are caught in a dilemma. I would like to see a whole lot more health care services provided within the principles of medicare.

• 2125

On the other hand, I am aware that for the federal government simple to say, through the Canada Health Act, that the provinces must provide all these services within the five principles of medicare without putting any more money on the table, is somewhat unfair to the provinces. The original principles had to do with the provision of certain services, and if new services are to be added it seems to me only logical that new money be added. So I think those of us who want to see new services ensured are in a bit of a dilemma. On the one hand, we want to see them ensured; on the other hand, we want to be fair-minded and say where this is going to be more expensive the federal government cannot expect simply to legislate this.

Mrs. Taylor: I think our second recommendation can perhaps help answer some of your concerns. We have not

[Translation]

M. Blaikie: Mais vous aimeriez néanmoins que les principes du système d'assurance médico-hospitalière s'appliquent à tous les services de santé quels qu'ils soient?

Mme Marshall: Non. Dans les maisons de repos, les lits correspondent à toute une série d'utilisations, de définitions et d'impartitions. Les lits qui sont réservés aux soins en maison de repos proprement dits, aux soins tels qu'ils sont définis par le projet de loi, évidemment. Mais la terminologie des maisons de repos varie quand même d'une province à l'autre. Si vous voulez donc parler de la prestation de services de santé, la réponse est oui parce qu'il s'agit là d'une partie intégrante de la gamme des établissements qui dispensent les soins.

M. Blaikie: Vous admettez, dites-vous, que l'intégration des services prodigués par les maisons de repos et des autres services complémentaires de santé dans la gamme des services assurés aurait pour effet d'assujettir ces mêmes services aux critères de globalité, d'accessibilité, etc. Vous poursuivez en disant que cela nous rapprocherait de l'objectif fondamental de notre politique nationale en matière de soins médicaux. En revanche, ce serait une formule qui coûterait fort cher aux provinces.

La même argumentation pourrait, par exemple, s'appliquer à la recommandation voulant que toute la question de la santé et de l'hygiène mentales soit réintroduite dans le projet de loi. Ce domaine, en effet, a figuré dans l'une des ébauches préliminaires au projet de loi actuel, mais il en a été retiré. Il me semblerait que, lorsque vous admettez que l'ajout de nouveaux services à la liste des services assurés exigerait parallèlement leur assujettissement aux principes généraux du système d'assurance médico-hospitalière, vous devriez par la même occasion admettre que cette façon de faire coûterait vraisemblablement beaucoup plus cher aux provinces. Cela me semble justement être le problème qui entache le projet de loi, problème que nous sommes déjà nombreux à avoir signalé. Nous avons un dilemme. J'aimerais personnellement que les services de santé assurés soient beaucoup plus nombreux à être assujettis aux principes directeurs du système.

D'autre part, je sais fort bien que le simple fait, pour le gouvernement fédéral, de dire via la Loi canadienne sur la santé, que les provinces doivent fournir tous ces services dans le respect de ces cinq principes fondamentaux sans pour autant leur donner davantage d'argent est un petit peu injuste à l'endroit des provinces. À l'origine, les principes en question portaient sur la prestation de certains services et, si de nouveaux services viennent s'ajouter à la liste, il ne serait que logique pour moi de les accompagner d'un financement supplémentaire. Je dirais dès lors que ceux d'entre nous qui souhaitent faire assurer de nouveaux services sont un peu assis entre deux chaises. D'une part, nous voulons que ces nouveaux services soient assurés, mais d'autre part nous voulons également faire preuve d'équité et reconnaître que, si ces services vont coûter davantage, le gouvernement fédéral ne saurait se contenter de légiférer.

Mme Taylor: Je pense que notre deuxième recommandation pourrait peut-être vous être de quelque utilité. Nous n'avons

[Texte]

proposed at all that there be increased costs. We are asking that the government explore and investigate alternate systems of health care delivery to improve cost effectiveness and the achievement of the effective allocation of the resources that we have, human, fiscal and otherwise.

Mr. Blaikie: I agree. I agree completely with that recommendation, that exploration and investigation be done. Indeed, as was said when the Canadian Nurses Association was here, there is actually not that much exploration and investigation to go on. We know what are more cost efficient ways of providing health care. We do not really have to find that out through ten zillion more studies or pilot projects.

Ms Taylor: That is why we are conducting a study.

Mr. Blaikie: It is a question, in many respects, of a power struggle within the health care system, of certain ideological inclinations, etc. All these things are the reasons why this knowledge that we all have never seems to get anywhere. So it is not a question of finding out.

On the other hand, I think it is also fair to say if we moved in a serious way into alternative forms of health care delivery, that transition might not be cheaper in the short run. You would have to be meeting the health care expectations that people have and which they have as a result of their familiarity with the prevailing health care model, at the same time as you were educating them and making new services and new avenues available under a new model. So that for an unforeseeable or, shall we say an indeterminate period of time, it could actually be more expensive. It might be; I do not know, because you would be having to provide new services on top of old ones.

So I am just saying that like you, I have often argued that in the long run these things will be cheaper, but I think in the short run it may well be that other money will be needed: for instance, the whole question of deinstitutionalization. Deinstitutionalization is a great thing, but it is not a great thing if it simply means throwing people out on to the streets without the community support networks there to receive them and to help integrate them back into society, etc., or whatever the case may be. That costs money. To have those people available, even to organize that on a volunteer basis is very . . . I would like your comment on that.

Mrs. Marshall: I think most of what you said is a statement of fact, and we certainly acknowledge it as well as the fact that to take the steps we are recommending would not, and is not purported to, result in some instantaneous reduction in health care costs. The thing that is true though, is that most of these

[Traduction]

pas du tout proposé un renchérissement du système. Nous demandons simplement au gouvernement d'étudier la possibilité de mettre en place d'autres systèmes permettant la prestation de soins afin d'améliorer la rentabilité du système tout entier et d'arriver à répartir plus efficacement les ressources, par exemple humaines et fiscales, dont nous disposons déjà.

M. Blaikie: Je suis d'accord avec vous, je suis tout à fait d'accord lorsque vous recommandez d'étudier ces possibilités. De fait, on l'a entendu dire lorsque l'Association canadienne des infirmières et infirmiers avait comparu, il n'y a plus grand-chose à étudier à cet égard. Nous savons qu'il est possible d'assurer des services de santé d'une façon plus efficace. Nous n'avons pas besoin de faire des milliers d'autres études ou de lancer des centaines d'autres projets pilotes pour nous en rendre compte.

Mme Taylor: C'est la raison pour laquelle nous faisons une étude.

M. Blaikie: À bien des égards, c'est ni plus ni moins une confrontation, au sein du système qui est le nôtre, de certains penchants idéologiques par exemple. Voilà une des raisons pour lesquelles toutes ces données dont nous disposons d'ores et déjà semblent ne déboucher sur rien. Ce ne sont pas les conclusions qui nous manquent.

D'autre part, nous nous devons je crois également de dire que si nous commençons à adopter sérieusement de nouvelles structures dans le domaine des soins de santé, à court terme la transition pourrait fort bien ne pas être meilleur marché. Il faudrait en effet répondre aux attentes que se font les gens dans le domaine des soins médicaux, du fait qu'ils connaissent déjà fort bien le modèle actuel qui est le nôtre et il faudrait en même temps faire preuve de vulgarisation auprès de la population tout en mettant à sa disposition de nouveaux services et de nouvelles possibilités dans le cadre d'un modèle différent. Ainsi, pendant une période imprévisible ou du moins indéterminée, cette orientation pourrait se révéler plus coûteuse. C'est possible, personnellement je l'ignore, mais il n'en reste pas moins qu'il faudrait d'une façon ou d'une autre dispenser de nouveaux services en plus des services existant déjà.

Dès lors, tout comme vous, je dirais que j'ai souvent affirmé qu'à long terme tout cela finirait par coûter moins cher, par contre à court terme nous pourrions fort bien avoir besoin d'un financement supplémentaire: ainsi, toute la question de la désinstitutionnalisation. La désinstitutionnalisation est quelque chose d'extraordinaire en soi, pourvu toutefois qu'elle ne se résume pas à jeter les gens dehors sans leur garantir l'infrastructure de soutien communautaire nécessaire pour les accueillir et pour les aider à se réintégrer dans la société, par exemple. Tout cela coûte de l'argent. Avoir les ressources humaines nécessaires, même à titre bénévole, coûte très . . . Qu'en pensez-vous?

Mme Marshall: Je dirais que vous avez presque entièrement raison, et nous en sommes parfaitement conscients, tout comme nous sommes conscients du fait que les mesures que nous recommandons, ce n'est d'ailleurs pas l'objectif que nous visons, n'auraient pas pour effet de réduire du jour au lende-

[Text]

services presently exist. The method by which they are funded and the combination of funds used to provide the services vary somewhat, but most of them are in place now.

So therefore, the total package should not cost considerably more than it does at this time while you are maintaining the present level of service, because you cannot deinstitutionalize people suddenly. You do have to maintain the status quo while you develop these new programs, and that is going to imply some short-term expenditure, but I guess we heard before about short-term paying for long-term gain, and I think we believe that . . .

Mr. Epp: And look what happened.

Mrs. Marshall: Did I get it right or did I do it backwards? We go through the short-term pain and we come out in the long-run . . . We would I hope come to a point in time when we would have improved quality, improved cost-effectiveness, and a better utilization of the resources that are there, so that in the long-run we do have long-term gain.

• 2130

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I would ask another question, but I do not have my mukluks on.

The Chairman: I will remind the members of the steering committee that we will have a short meeting of the steering committee here right after the meeting of the general committee tonight, as previously agreed—steering committee only. We will go on with Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I first of all want to add my recognition to the fine work that has been done by the Victoria Order of Nurses over the years. Having been a recipient of their services over about 34 years, I can vouch to the effectiveness of the service they offer. They are real angels of mercy. They have really salvaged a good number of surgical problems. They are very careful in giving post-operative care to people who are sent home, constantly inform physicians of what is going on, and they are among the few individuals in this world who are available over weekends. They are on call weekends and at night, and the service they offer has to be recognized throughout the country as class A. I am certainly one of their real boosters.

As far as some of the recommendations that you are making, I would like to ask: What other organizations are there in Canada that do similar work to yours? I know in Hamilton we have the Saint Elizabeth nurses, who do work similar to yours. Are you competing with others, or are you standardizing a service that is being carried out in other parts of the country?

I think if you are presenting it, you are presenting it from the Victoria Order of Nurses. Are you speaking also for other

[Translation]

main le coût du système. En revanche, la plupart de ces services existent déjà. Leurs modes de financement sont loin d'être uniformes, mais la plupart de ces services existent déjà.

Par conséquent, dans l'ensemble, cela ne devrait pas coûter beaucoup plus qu'à l'heure actuelle dans la mesure où on conserverait les services au niveau que nous connaissons, et dans la mesure aussi où on ne peut pas du jour au lendemain faire sortir les patients des établissements. À mesure qu'on élabore les nouveaux programmes, il faut au minimum conserver le statu quo et cela signifie bien entendu certaines dépenses à court terme; toutefois, ce ne serait pas la première fois, je crois, que nous entendrions parler d'un investissement à court terme pour réaliser un bénéfice à long terme, et nous sommes, je crois, aussi convaincus . . .

M. Epp: Mais voyez ce qui s'est passé.

Mme Marshall: Est-ce que je me suis bien exprimée ou est-ce que je l'ai dit de travers? Bien sûr, cela nous fait mal à court terme, mais à long terme nous sortons gagnants . . . J'espère que nous pourrions à un moment donné en arriver à améliorer la qualité, à améliorer la rentabilité et à mieux utiliser les ressources existantes de sorte qu'à long terme nous puissions en tirer tous les fruits.

M. Blaikie: Monsieur le président, j'aurais encore une autre question à poser, mais je n'ai pas mes mukluks.

Le président: Je rappellerais aux membres du comité directeur que nous aurons une toute petite réunion dans cette salle dès la fin de la réunion du Comité plénier, comme nous en étions convenus d'ailleurs. Nous allons poursuivre en entendant M. Hudecki.

M. Hudecki: J'aimerais pour commencer féliciter à mon tour les infirmières de l'Ordre de Victoria pour l'excellent travail qu'elles ont accompli pendant tant d'années. Cela fait plus de 34 ans que moi-même j'ai bénéficié de leurs attentions, et je puis dès lors me porter garant de la qualité de leurs services. Elles sont de véritables anges de miséricorde et elles ont effectivement réussi à sauver bon nombre de patients en phase post-opératoire car elles sont extrêmement attentives pour tout ce qui touche aux soins post-opératoires dans le cas des malades qui sont renvoyés chez eux, elles ne manquent pas d'informer les médecins de l'évolution des cas et elles sont parmi les très rares personnes dans notre monde sur qui l'on peut compter même pendant les fins de semaine. Elles sont en alerte jour et nuit, sept jours par semaine, et les services qu'elles dispensent sont vraiment d'une qualité sans égale. Je suis au nombre de leurs plus fervents admirateurs.

Pour ce qui est de vos recommandations, j'aimerais vous poser la question suivante: quels sont au Canada les organismes semblables au vôtre? Il y a, je le sais, à Hamilton, les infirmières de Sainte Elizabeth qui sont un peu vos homologues. Est-ce que vous vous faites concurrence mutuellement ou au contraire, essayez-vous de normaliser un service qui est assuré dans d'autres régions du pays?

En comparaisant devant nous ce soir, j'imagine que vous représentez le point de vue des infirmières de l'Ordre de

[Texte]

organizations with similar aims and goals? There are others too; I was wondering if you have thought of how they would be integrated into a total national system.

Mrs. Taylor: We speak truly from the VON of Canada perspective. VON—as you know, I think, and as Miss MacDonald has mentioned—was the forerunner in the provision of visiting nursing care to people in the home, and in fact to the avocation and the development and the administration of home care programs across the country. We still administer four.

With respect to the visiting nursing service, health departments in some provinces have chosen to provide the visiting nursing service themselves. We may or may not remain in the community to also provide service.

In recent years the commercial agencies have come on the scene. I am sure all of you have seen services through which they advertise nursing service in the home as well. So yes, there are other agencies entering the field.

With respect to standards, and again we speak from the VON perspective, we develop our own standards of branch operation and quality assurance programs for the kind of care we provide.

Mr. Hudecki: Another question: Are you in charge of or do you give primary care in any part of Canada—for example, up in Northwest Territories, or up around Labrador, or areas where the medical . . . ?

Mrs. Taylor: We presently exist in all provinces except the Province of Prince Edward Island. We do not have any branches in the Territories at this time.

Mr. Hudecki: So you really have not any experience in primary care . . .

Mrs. Taylor: What do you mean, primary care? Can you . . .

• 2135

Mr. Hudecki: Well, I think the other term that is used here—under the alternate care program, are there any areas or is there any community that is completely serviced by the Victorian Order of Nurses only and no medical practitioners? There are some outposts like that up north in various areas.

Mrs. Taylor: Not at this moment. Of course, as Mrs. Arnold said, we very much were pioneers in the Klondike days and have practiced primary care in that way, but not at the present moment.

[Traduction]

Victoria, mais je me demandais si vous ne vous faisiez pas également le porte-parole d'autres organismes ayant les mêmes objectifs. En effet, il y en a d'autres et j'aimerais savoir si vous avez pensé à la façon dont il serait peut-être possible d'arriver à une intégration nationale.

Mme Taylor: Effectivement, nous représentons le point de vue des infirmières de l'Ordre de Victoria, une organisation nationale qui, comme vous le savez je crois, et M^{lle} MacDonald l'a d'ailleurs mentionné, a fait oeuvre de pionnier dans le domaine des soins infirmiers à domicile, de même que dans le domaine de la promotion, de la mise au point et de l'administration des programmes de soins à domicile à l'échelle nationale. Nous administrons d'ailleurs encore quatre programmes de ce genre.

Pour ce qui est des services infirmiers à domicile, les ministères de la Santé de certaines provinces ont préféré se charger eux-mêmes de ce genre de services. Dans certains cas, nous sommes encore présents dans les agglomérations pour assurer le même genre de services.

Depuis quelques années, nous avons également constaté l'apparition de certains organismes commerciaux et j'imagine que vous avez tous vu leur publicité à ce sujet. Donc, effectivement, il y a d'autres organismes qui commencent à être actifs dans ce domaine.

Pour ce qui est des normes, et ici encore c'est le point de vue des infirmières de l'Ordre de Victoria que nous représentons, nous élaborons nos propres normes pour les opérations régionales et nous avons nos propres programmes qui nous permettent de conférer aux soins que nous dispensons une garantie de qualité.

M. Hudecki: Une autre question: dispensez-vous dans l'une ou l'autre région du Canada, par exemple les Territoires du Nord-Ouest, la région du Labrador ou toute autre région dans laquelle les services médicaux sont clairsemés, ce qu'on pourrait appeler des soins de première intervention, des soins primaires?

Mme Taylor: À l'heure actuelle, nous sommes actifs dans toutes les provinces à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, mais nous n'avons pas pour l'instant de filiale dans les Territoires.

M. Hudecki: Vous n'avez donc pas vraiment l'expérience des soins primaires . . .

Mme Taylor: Qu'entendez-vous exactement par là?

M. Hudecki: Ecoutez, je crois que l'autre terme qui est utilisé ici—à la rubrique du programme facultatif, y a-t-il des régions ou des agglomérations qui soient exclusivement desservies par les infirmières de l'Ordre de Victoria et qui ne comptent aucun médecin? Je sais qu'il y a à plusieurs endroits dans le Nord des hameaux qui sont dans ce cas.

Mme Taylor: Pas pour l'instant. Evidemment, comme l'a dit M^{me} Arnold, à l'époque du Klondike, nous étions véritablement des pionnières et nous avons effectivement dispensé des soins primaires, mais ce n'est pas le cas pour l'instant.

[Text]

Mr. James B. Cronyn: Mr. Chairman, if I just might, as a new boy in the game . . . I do not like to hear a member of your committee refer to our competing with anyone. With all due respect, sir, we do not compete with anybody. We supply a service to the best of our ability. As a volunteer, I do not like to hear that word. I am sorry. I just want to get that out on the table.

Mr. Hudecki: Well, there was no intent to denigrate the service in any way. Here in the national capital you are talking about a national service and if you are talking about a national service, we have to have some thought on how to extend this service nationally.

Mr. Cronyn: Perhaps the word "compete" is the wrong word.

Mr. Hudecki: Yes, I should not have used the word "compete". Just how this could fit into a national picture is what I am trying to develop.

The next question that comes up is whether there is uniformity of assessment of the nurses. We have had a number of programs. One is, for example, the nurse practitioner; we have nurses with a Bachelor of Science in Nursing, as Millicent Taylor has. There is a very different grade of training of nurses. When you are talking about using and entering into the alternate system, you have to be prepared to indicate the quality of training of the nurses that would enter into such a system. You are bringing that up in your recommendation number 2. I think it is a reasonable question to know the grade of training of the nurses who will be hired or would be working across the nation.

Mrs. Taylor: May I just go back to comment first on your first question. I think it is important to make clear in this environment that we are not here to promote the Victorian Order of Nurses per se. We have come to speak to the Canada Health Act and I trust that I answered your question adequately with respect to whether or not there are other providers of nursing in Canada, and yes, there are.

Our recommendation suggests exploring and investigating alternate systems of health care delivery and it references cost effectiveness. We have intentionally not recommended any particular point of entry for any particular discipline. We have offered that at the federal level and I think it is true of our experience in the provinces that we work very co-operatively with various government departments and other agencies, organizations and disciplines, including that of medicine. We would be prepared to develop alternate systems or points of entry. I think in this country we cannot afford to ignore the fact that there are a variety of disciplines. It is only through a collaborative effort, and I am convinced that can be done because we have demonstrated it through the years, that we can decide which discipline, if that is how we want to look at it, dependent on the patient's condition, etc. It may be a

[Translation]

M. James B. Cronyn: Monsieur le président, si vous me le permettez à moi qui suis nouveau ici . . . je n'aime pas beaucoup entendre un membre du Comité parler de concurrence. Sans vouloir vous manquer de respect, monsieur, nous ne sommes les concurrents de personne. Nous fournissons un service du mieux que nous le pouvons. Étant bénévole, c'est un mot que je n'aime guère entendre, excusez-moi, je voulais me décharger.

M. Hudecki: Je vous en prie, il n'était nullement question de vouloir dénigrer vos services. Vous êtes ici dans la capitale nationale, vous parlez d'un service national et, puisque vous parlez de service national, nous devons réfléchir à la façon dont il serait possible d'en faire un véritable service national.

M. Cronyn: Peut-être le mot «concurrence» est-il déplacé.

M. Hudecki: Oui, j'aurais dû m'abstenir de l'utiliser. Comment donc pourrions-nous intégrer cela dans le tableau national d'ensemble que j'essaye de tracer?

La question qui en découle logiquement est celle de savoir s'il existe une méthode uniforme d'évaluation des infirmières. Nous avons eu toute une série de programmes. Il y a par exemple les assistantes médicales, il y a les infirmières qui ont un baccalauréat en sciences infirmières, c'est le cas de Millicent Taylor. Il y a toute une gamme de programmes de formation pour les infirmières et, lorsque vous parlez du recours à un nouveau système de soins, il faut, bien entendu, pour mettre en route ce nouveau système et y participer, être prêt à mentionner le niveau de formation des infirmières qui en feraient partie. Vous en parlez d'ailleurs dans votre deuxième recommandation. Je pense qu'il n'est pas déraisonnable de demander à connaître le niveau de formation de l'infirmière qui va être engagée ou qui va devoir travailler n'importe où au Canada.

Mme Taylor: J'aimerais commencer par votre première question. Il est très important, je crois, de bien préciser dans ce contexte que nous ne sommes pas ici ce soir pour faire de la publicité pour notre association en tant que telle. Nous sommes venus vous parler de la Loi canadienne sur la santé, et je pense avoir bien répondu à votre question lorsque vous me demandiez s'il y avait au Canada d'autres organismes qui dispensaient des soins homologues aux nôtres: en effet, la réponse est oui.

Nous recommandons également d'étudier la possibilité de recourir à d'autres systèmes permettant de dispenser des soins et nous y parlons de rentabilité. C'est à dessein que nous n'avons recommandé aucune porte d'accès bien précise pour quelque discipline que ce soit. Nous avons mis cela de l'avant au niveau fédéral et il est exact, je crois, d'affirmer que, avec les provinces, nous travaillons dans un excellent esprit de coopération avec les divers ministères provinciaux ainsi qu'avec les autres organismes, organisations et disciplines, dont le corps médical. Nous serions parfaitement prêts à mettre au point d'autres genres de systèmes ou d'autres portes d'accès, mais je pense également que le Canada ne peut pas se permettre d'ignorer le fait qu'il existe toute une gamme de disciplines. Ce n'est que par la coopération, et je suis persuadée que la chose est possible parce que nous l'avons nous-mêmes prouvée.

[Texte]

healthy patient who is looking for some advice in the area of nutrition or what have you. I do not think I can answer your question directly any more than to just conclude that we are always available to work with any profession.

The Chairman: Your last question, Doctor.

Mrs. Arnold: Excuse me. Doctor Hudecki, did I understand you were asking with regard to the qualifications of the nurses?

Mr. Hudecki: That is right.

Mrs Taylor: Oh, I am sorry, yes.

Mrs. Arnold: You could just briefly, probably, tell Dr. Hudecki.

Mrs. Taylor: The qualifications of nurses who provide care in our organization range from the RN to RNs with baccalaureat, with public health certificates, with masters preparations. Some of our branches have registered nursing assistants. We have also looked at the concept of home health aides and personal care workers, and this has been again with the home care programs where they exist, and the level of worker is provided on the basis of the assessment of the patient's condition.

• 2140

Mr. Hudecki: This will be my last question. The term "voluntary" is used, but what is the source of revenue, then, for paying the nurses as they carry on their work? I know that the administrative staff and the board of trustees and so on work on a voluntary basis. How do you compensate the salaries you give nurses? What is the source of your funding?

Mrs. Arnold: In some areas the source of funding is government funding where we provide nursing care to the nursing component of a home care program. But also, of course, a very important part of our contributions comes from individuals and from voluntary funding.

I think probably I should ask you to add to that.

Mrs. Taylor: We have a variety of sources of revenue, and a major source, of course, where there are home care programs is through the provincial Home Care Program, or local, municipal, depending on how it is allocated in any particular province. Other funding comes through third-party sources, such as Blue Cross; some directly—full-pay out of the patient's pocket, part-pay out of the patient's pocket; and, most certainly, through campaigns and volunteer donations. Many of our branches are affiliated with the United Way.

[Traduction]

au cours des années, ce n'est disais-je que par la coopération que nous pourrions décider quelle sera la discipline, si du moins c'est là l'optique que nous voulons envisager, selon l'état du patient, etc., qui s'en chargera. Peut-être s'agit-il d'un malade bien portant, si vous me permettez l'expression, qui a besoin de conseils, par exemple, en matière diététique. Je ne pense pas pouvoir répondre directement à votre question si ce n'est en concluant que nous sommes toujours prêts à travailler avec n'importe quel corps professionnel.

Le président: Votre dernière question, monsieur Hudecki.

Mme Arnold: Excusez-moi. Monsieur Hudecki, n'avez-vous pas posé une question relative à la formation des infirmières?

M. Hudecki: Si.

Mme Taylor: Je vous prie de m'excuser.

Mme Arnold: Peut-être pourriez-vous rapidement faire le point pour M. Hudecki.

Mme Taylor: Nous comptons dans notre organisation des infirmières justifiant de toute la gamme possible des titres, depuis les infirmières autorisées, les infirmières avec baccalauréat, les infirmières diplômées en hygiène publique, jusqu'aux infirmières préparant leur maîtrise. Certains de nos services ont des infirmières auxiliaires autorisées. Nous avons également étudié la question des travailleuses familiales et celle des soins à domicile, là encore dans le cadre des programmes actuels des soins à domicile, et c'est l'état du malade qui détermine la catégorie de l'aide fournie.

M. Hudecki: C'est la dernière question que je vais vous poser. Vous avez employé le terme «bénévole», mais quelle est la provenance des fonds utilisés pour rémunérer les infirmières dans l'exercice de leur profession? Je comprends que le personnel administratif, le conseil d'administration et d'autres encore, servent à titre bénévole, mais d'où proviennent les traitements que vous versez aux infirmières? Quelle est la source de vos revenus?

Mme Arnold: Dans certains cas, lorsque nous assurons des soins infirmiers au service infirmier d'un programme de soins à domicile, ce sont des subventions gouvernementales, mais une partie importante de nos fonds provient également, bien entendu, de particuliers et de contributions bénévoles.

Mais vous pouvez peut-être compléter ce que je viens de dire.

Mme Taylor: Nos revenus proviennent de différentes sources dont la principale, bien entendu, lorsqu'il s'agit de programmes de soins à domicile, est le Programme provincial de soins à domicile ou des programmes locaux ou municipaux, selon la façon dont les ressources sont réparties dans la province. Enfin, il existe d'autres sources, comme par exemple la Croix-Bleue; certains soins sont payés directement, en entier ou en partie, par le malade et enfin, et ce n'est pas la moindre des sources de financement, il y a les campagnes et les dons bénévoles. Un grand nombre de nos services sont rattachés à Centraide.

[Text]

Mr. Hudecki: Thank you very much.

Mrs. Arnold: Excuse me; I just think we should add one more comment to that, please. I think this is an important question—if you do not mind.

The Chairman: Certainly.

Mrs. Arnold: While the great source of funding appears to be government, what is actually involved here is the purchase of VON service by the provincial government to provide a component of their health care program. So in fact we sell our service to government as a client. However, many people do not necessarily meet the criteria and are not eligible for this particular program. In that case, this is where some of the other funding sources come into play so we have dollars that are donations and contributions generated by United Way to VON in local communities.

The commitment of the voluntary board of management is that the service will be available to the patient regardless of ability to pay. So if we find ourselves in a situation . . . It might be one where most people in a province are eligible for the service that VON is providing; our commitment to provide that service remains the same in a province where virtually no one has this service as an insured benefit.

You can see the range of our funding in our statistical supplement, where it varies from 99% government funding in one province to a low of in the 30% range in another province. But the commitment is there, and I think that is one of the strengths of the voluntary agency.

Mr. R.W. Grunow (Member, Board of Management, Victorian Order of Nurses for Canada): We also have direct bequests, as opposed to donations through the United Way and so on.

Mr. Kelly: And our services are provided at cost.

Mr. Hudecki: Well, in my experience, no patient has ever been turned down by the Victorian Order of Nurses.

Mrs. Arnold: Exactly.

The Chairman: Thank you very much.

Mr. Schroder.

Mr. Schroder: Thank you, Mr. Chairman.

Coming from the City of Guelph in Wellington County, I can tell you in what great high regard the Victorian Order of Nurses is held. I realize that you are not here to promote the VON, but you are here to promote in the broader sense what you stand for, and that is home care and a look at chronic care and doing those kinds of things that are done outside the hospital.

[Translation]

M. Hudecki: Je vous remercie beaucoup.

Mme Arnold: Excusez-moi, mais j'ai encore quelque chose à dire sur cette question, qui me paraît très importante.

Le président: Certainement.

Mme Arnold: S'il est vrai que l'essentiel des fonds provient du gouvernement, il s'agit ici, en réalité, de l'achat par le gouvernement provincial des services des infirmières de l'Ordre de Victoria qui assurent ainsi au gouvernement l'un des volets de son programme de ses services d'hygiène. Nous nous trouvons donc dans la position de vendeurs de services, le gouvernement étant notre client. Il y a beaucoup de personnes toutefois qui ne satisfont pas aux critères et ne sont pas admissibles à bénéficier de ce programme. C'est là qu'entrent en jeu certaines des autres sources de financement et nous avons donc des fonds qui proviennent de dons et contributions versés à notre association par les collectivités locales, par l'intermédiaire de Centraide.

Le conseil d'administration de notre association, constitué de bénévoles, s'engage à fournir ces services aux malades même si ceux-ci ne sont pas en mesure de les payer. Si nous nous trouvons donc dans une situation . . . Par exemple, la plupart des gens d'une province peuvent être admissibles à bénéficier des services fournis par notre association, mais nous assurons ces services également dans une province où la prestation de ces services n'est assurée pour presque personne.

Vous trouverez dans notre supplément statistique l'éventail de nos sources de financement, qui vont de 99 p. 100 de financement gouvernemental dans une province à 30 p. 100 environ dans une autre. Nous nous engageons pas moins dans l'un et l'autre cas à fournir nos services, ce qui constitue, à mon avis, l'une des vertus de notre organisme de bénévoles.

M. R.W. Grunow (membre du Conseil d'administration, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada): Nous recevons également des legs directs, qui se distinguent des dons qui nous proviennent par l'intermédiaire de Centraide et autres.

M. Kelly: Et nos services sont fournis au prix coûtant.

M. Hudecki: Mais il n'est jamais arrivé, d'après mon expérience, que l'Ordre de Victoria refuse de soigner un malade.

Mme Arnold: C'est tout à fait exact.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Schroder.

M. Schroder: Je vous remercie, monsieur le président.

Je suis originaire de la ville de Guelph, dans le comté de Wellington, et puis vous assurer que les Infirmières de l'Ordre de Victoria y sont tenues en haute estime. Je sais bien que vous n'êtes pas ici pour faire de la propagande pour votre Ordre, mais pour mieux faire connaître, au sens le plus large, votre vocation qui est d'assurer les soins à domicile et de soigner les malades chroniques, bref, d'assurer l'ensemble des soins qui sont dispensés hors des hôpitaux.

[Texte]

I would like to make an observation that I have been involved with hospital boards and district health councils in advisory . . . As you understand it, in Ontario advisers to the Ministry of Health try to rationalize the use of health care dollars.

• 2145

I suppose you could probably back me up on this statement: If all the community studies on long-term care and chronic care that have been done in Ontario in the last 10 years had been acted on, we would be a long way down the road on the evolution of a different looking kind of health care service in Ontario. I do not know what it takes to get movement on this, but I said this morning there is a terrific inertia in trying to get any kind of change. Everybody we have listened to to date has been all for it, but it seems to me, when they leave this room, they put it in their back pocket and forget about it.

I was going to ask you the question about your interface with the traditional health care services in the communities, and I think your answer to Dr. Hudecki really answered that question. So I guess the last question I would like to ask you is: What about health promotion and prevention? What is your involvement in that? How do you see the role of the volunteer in that aspect?

Mrs. Arnold: May I just refer to the first part of your comments, where you were saying people were coming in with these ideas and so on, but not coming with suggestions as to . . . It is something we are all hearing, and we are in favour of doing these things; we would like to see them done. But as you say, we walk out and leave it here, and that is implicit in the second recommendation we have.

We do have 85 years of experience in providing nursing and care in the home, and we do have expertise that we have developed over these years through education, research and so on. So what is implicit in the second recommendation is that we offer this expertise and experience to government as a resource, and we are here to make that offer to government.

So that is a comment on your comment. Then would you repeat your last question, please?

Mr. Schroder: My last question was this. What we have been hearing also, and what I have been reading recently, is that we probably can no longer afford crisis medicine, that what we really have to be concerned with is promotion and prevention. When we are talking about costs, I think we wonder what the cost benefits are.

I was reading—and this has something to do with what we are talking about today, I hope—that in the State of Florida they have 3,000 patients on kidney dialysis, and they figure this costs \$40,000 per year per patient, and if you multiply this, this is \$120 million per year. The statement is that a high

[Traduction]

Je voulais vous faire remarquer que j'ai siégé à des conseils d'administration des hôpitaux, à des conseils d'hygiène de district à titre consultatif . . . Vous comprendrez aisément qu'en Ontario, les conseillers du ministère de la Santé s'efforcent de rationaliser toutes les dépenses des services de santé.

Je suis sûr que vous avez des arguments qui étaiement ma thèse, à savoir que s'il avait été donné suite à toutes les études qui ont été faites en Ontario, au cours des dix dernières années sur les soins prolongés et les soins aux malades chroniques, nous aurions fait des progrès considérables et les services médicaux de cette province se présenteraient tout différemment. Je ne sais pas ce qu'il faut pour que les choses bougent, mais lorsqu'on essaie de passer à l'action, on se heurte à une terrible inertie. Il n'y a pas un des témoins que nous avons entendus qui ne soit en faveur de changements, et ils semblent reléguer cette question à l'arrière-plan sitôt qu'ils sortent d'ici.

Je voulais vous demander quelles étaient vos relations avec les services traditionnellement chargés des soins médicaux dans les collectivités, mais votre réponse au docteur Hudecki contenait cette information, et je vous poserai donc une dernière question: qu'en est-il des campagnes d'information et de prévention en matière de santé? Dans quelle mesure y participez-vous? Quel est le rôle que peut y jouer le bénévole, à votre avis?

Mme Arnold: Je voudrais répondre d'abord à la première de vos observations, vous parliez des gens pleins de bonnes intentions, mais qui ne passent pas pour autant à l'action . . . C'est ce que nous entendons de tout côté, et nous sommes en faveur de ces initiatives, et aimerions les voir réalisées, mais comme vous le dites, nous les approuvons mais nous en restons là, et c'est bien le message de notre seconde recommandation.

Nous avons 85 ans d'expérience en matière de soins et d'aide à domicile, et grâce aux études et à la recherche que nous avons entreprises, nous avons accumulé une somme considérable de connaissances sur ce sujet. Notre deuxième recommandation propose donc au gouvernement de mettre ces connaissances et cette expérience à son service, et c'est à cet effet que nous sommes venus.

C'est ce que j'avais à dire à propos de votre première remarque. Voudriez-vous maintenant répéter votre dernière question, s'il vous plaît?

M. Schroder: La voici: après ce que j'ai entendu récemment, et également d'après mes lectures, il semblerait que nous ne pouvons plus nous contenter d'une médecine d'intervention en crise, mais que nous devons orienter la médecine vers la prévention et la promotion de la santé. Parce que nous parlons de coûts, nous nous demandons quel est l'équilibre coûts-avantages.

Je lisais justement—et j'espère ne pas m'écarter de notre sujet—que dans l'État de Floride, il y a 3,000 malades en traitement de dialyse rénale, traitement qui reviendrait à \$40,000 par malade par an, et si vous multipliez ce chiffre, vous arrivez à la somme de 120 millions de dollars par an.

[Text]

percentage of those cases are because of misdiagnosis or lack of proper treatment.

What they were saying is: If these people had gone to clinics, had tests for hypertension and had been monitored, they probably would not have ended up either having to have kidney dialysis or kidney transplants. When you think of the cost-benefit analysis there as opposed to the crisis versus prevention and promotion, it is really an astounding figure.

So I am getting back to the point of lifestyle and health promotion, things we can do which effect our health. How do you see, for example, your role as volunteers in that aspect?

A Witness: I think several people here . . .

Mr. Cronyn: Mr. Chairman, I think all of us would like to answer that question, but if I might be so bold, we have discussed quite frankly where our money comes from. So we have the private sector, we have the government and we have the odd bequest.

Now, when you get into this business of promotional health care, that is a cost. I do not see how we necessarily can build that into our costs—do you see my point?—without having the United Way or a government come down on us and say we are not allowed that cost.

Mr. Schroder: Mr. Chairman, I am sympathetic and I agree with you, but everything comes down to the fact that there is a cost.

• 2150

What I say is there has to be a will, and it seems to me that your organization that is in the community and meeting community people has to be that kind of force. It does not have to be a costly force, it just has to be a constant force from the standpoint of passing out the message that it is better to prevent illness than it is to treat illness.

Mrs. Arnold: I think we can have a more specific answer.

Mrs. Taylor: It is true that in our statement of philosophy we believe that programs emphasizing, as you do, the promotion and the maintenance of health and the prevention of injury and disease, the care and restoration of the sick and disabled, and the comfort of the dying should be available to help individuals and families. If we believe that, then we have taken it upon ourselves, I think, to do something about that to some degree.

At our spring board of management meeting we passed a position statement, and in that position statement we say that we will continue to assess community needs and advocate or initiate projects to demonstrate and test new services or improve existing services.

Now, perhaps to be a little more specific, we have some experience in this area. For example in several provinces, because our programs are not consistent throughout the country, we have senior citizen counselling programs, and we

[Translation]

D'après cet article, un grand nombre de ces cas seraient dus à un mauvais diagnostic ou à un mauvais traitement.

Si ces gens avaient été suivis en dispensaire, si on avait surveillé leur hypertension et le reste, ils n'auraient probablement pas eu besoin de greffe du rein, ou de dialyse. Lorsque vous réfléchissez aux chiffres que cela représente, lorsque vous comparez le coût du traitement, de cette médecine de crise, avec celui d'une médecine de prévention et d'information, vous ne pouvez qu'être impressionné.

J'en reviens donc à la question du mode de vie et des mesures d'hygiène, de ce que nous pouvons faire pour influencer notre santé. Quel est à vos yeux, à ce point de vue, le rôle des bénévoles?

Un témoin: Il y a plusieurs personnes ici qui . . .

M. Cronyn: Monsieur le président, nous voudrions tous répondre à cette question, je crois, mais si vous me le permettez, nous vous avons dit en toute franchise d'où provenaient nos ressources: le secteur privé, le gouvernement et certains legs.

Mais il est très coûteux de se lancer dans une campagne d'hygiène, et je ne vois guère comment nous pourrions en assumer les frais à moins que Centraide, ou le gouvernement, n'intervienne pour nous dire que nous n'avons pas le droit d'engager ces dépenses. Vous voyez ce que je veux dire?

M. Schroder: Monsieur le président, je comprends tout à fait votre point de vue et le partage, mais on en revient toujours au facteur de coût.

Ce que je veux dire, c'est qu'il faut une volonté dans ce sens, et que je verrais bien votre organisation, qui est en contact étroit avec la collectivité, assumer ce rôle, qui ne doit pas nécessairement être coûteux, mais dont l'efficacité tiendrait par l'affirmation constante qu'il vaut mieux prévenir que guérir.

Mme Arnold: Je crois que notre action peut être plus ponctuelle.

Mme Taylor: Il est exact que l'un des principes qui nous guident, est que les particuliers et les familles devraient avoir le bénéfice de programmes axés sur le maintien et la recherche active de la santé, sur la prévention des maladies et des accidents, sur les soins et la réadaptation des malades et invalides, et sur le réconfort des mourants. Si telle est notre conviction, nous nous devons, je pense, d'agir dans une certaine mesure dans ce sens.

Lors de la réunion de notre conseil d'administration qui a eu lieu au printemps, nous avons adopté une position officielle d'après laquelle nous continuerons à évaluer les besoins de la collectivité et à préconiser ou lancer des programmes de mise à l'essai de nouveaux services ou d'amélioration de services existants.

Nous avons, pour être un peu plus précis, une certaine expérience dans ce domaine. Nos programmes ne sont pas partout les mêmes, et c'est ainsi que, dans plusieurs provinces, nous avons mis sur pied des centres d'aide pour personnes

[Texte]

have recently done some research with respect to that, both on looking at the amount of time, for example, that a nurse would spend in these programs and comparing that with the amount of frequency that a patient, or client rather than patient, might visit a physician or be going to hospital, and so on. I do not have all the data here with me, but it is available if you would like to see that.

We have also been doing some work in the palliative care area—the care of the dying—and looking at some joint kinds of research programs in that area. Some of our branches have clinics, and often part of the senior citizen counselling programs—you mentioned blood pressure and this sort of thing—we are involved with monitoring patients who are potentially hypertensive, helping them with food care in a preventive kind of way, as well as a more “curative” kind of way.

We have, within the past couple of years, developed a booklet called *The New Challenge*, and it is encouraging our branches to look towards working with groups in the self-help area, and so on. So we foster the approach that people need to become responsible for their own lifestyles and health. We are very much proponents of that concept.

And where we require funds we have sought it through volunteer donations, and also through patient pay, depending again on their ability.

The Chairman: Thank you, Dr. Taylor. Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I will be very brief, especially in view of the hour.

I am not going to ask about the recommendations. I believe I understand them.

I have one question, and that flows from the respect all of us have for not only the work you do but the long years of service you have given. You are a member of the National Voluntary Organizations, if I recall. We have had briefs from that umbrella organization. What I want to point out through the work you do, or the programs that you fund or provide, and the manner in which you get your funding, that obviously it must be a scramble at the best of times. What effect would the acceptance of the give and take proposal of the National Voluntary Organizations, the umbrella, have on VON?

Mr. P. Kelly: I would ask you to define what you mean by give and take.

Mr. Epp: The give and take proposal which was put forward by the National Voluntary Organizations in the previous budget. Maybe we will get the other half tomorrow.

The Chairman: You should not count on it.

Mr. Epp: I should not count on it? Oh, shucks, there I go.

[Traduction]

âgées, et avons récemment fait une étude de cette question, en comparant le temps que consacre une infirmière à ces programmes, et le temps que le malade ou client passerait avec son médecin, ou à l'hôpital, par exemple. Je n'ai pas les chiffres sous la main, mais je peux vous les faire parvenir si la question vous intéresse.

Nous avons également fait une étude sur les soins palliatifs, les soins aux mourants, et envisagé de mener des recherches sur ce sujet en collaboration avec d'autres programmes. Certains de nos services ont des dispensaires, et il arrive souvent que dans les services d'aide aux personnes âgées—vous parliez tout à l'heure de l'hypertension, par exemple—nous suivions l'état de santé de personnes en danger d'hypertension, et les aidions, par exemple, à prendre soin d'eux-mêmes à titre préventif autant que curatif proprement dit.

Il y a un ou deux ans, nous avons publié une brochure intitulée *The New Challenge*, et nous encourageons nos membres à apporter leur concours aux groupes d'aide mutuelle. Nous sommes donc bien convaincus que les gens doivent assumer la responsabilité de leur propre santé et de leur mode de vie, et sommes d'ardents défenseurs de cette théorie.

Nous tirons nos ressources des dons de bénévoles et en nous adressant également aux malades dans la mesure de leurs moyens.

Le président: Je vous remercie, docteur Taylor. La parole est à vous, monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, je serai bref, compte tenu de l'heure.

Je ne vais pas poser de question sur les recommandations, je crois que je les comprends.

Mais j'ai une question qui s'inspire non seulement du respect que nous avons tous pour l'oeuvre que vous avez accomplie, mais également pour la longue expérience qui est la vôtre. Vous êtes membre, si j'ai bonne mémoire, de l'association nationale des organismes bénévoles de santé, organisation qui englobe les autres et dont nous avons reçu un mémoire. Je comprends bien qu'avec le travail que vous faites, les programmes que vous financez ou fournissez et la façon dont vous êtes financés, vous n'avez jamais la tâche facile. Si la proposition de compromis des organismes bénévoles de santé, organisation qui coiffe les organismes bénévoles, était acceptée, quelles en seraient les conséquences pour l'Ordre de Victoria?

M. P. Kelly: Puis-je vous demander de préciser votre pensée?

M. Epp: C'est une proposition de compromis avancée, dans le budget précédent, par les Organismes bénévoles de santé. Peut-être en saurons-nous davantage là-dessus demain.

Le président: N'y comptez pas trop.

M. Epp: Je ne dois pas y compter? Zut alors, qu'ai-je dit?

[Text]

[Translation]

• 2155

Mr. Epp: The idea was that the \$100 automatic charitable deduction a person could deduct without showing receipts was removed . . . and that was done in the previous budget. But then the argument was that people could contribute and get a tax credit as against a reduction of tax.

An hon. Member: Taxable income?

Mr. Epp: To reduce it, right.

Mr. P. Kelly: Can I answer that in a . . .

Mrs. Arnold: Yes.

Mr. Epp: Excuse me, Mr. Kelly, just for a second . . . This position has been put forward because we have been trying to look in our minds, to twin it, if more money is put into the voluntary sector, let us say, through this method, if it works. And that is really what I am going to ask you. Would we not be able to provide a service that is both more personalized and at a cost more reachable for society generally? I would like to ask, for that proposal, as to the work that you do under VON, whether that would help and how you would see it working, if you see it working at all?

Mr. P. Kelly: I cannot see yet, very clearly, how that would do. To answer that, you have to go back to our organization. At one stage of the game the VON across the country collected what fee it could from its patients and got its money from public appeal, the community chest and latterly the United Way.

Mr. Epp: Right.

Mr. P. Kelly: The situation is the same today except for the number of people who could not pay and who went onto government programs, and that varies from province to province. There are some people that get the . . . Where we get our shortfall, really, from the United Way. I cannot see, except in a very indirect way, any tax implications.

Mr. Cronyn: Mr. Chairman, if I am correct in what you are saying, you are talking about the dollar that I might give to the United Way instead of being a deduction from my income tax as a credit.

Mr. Epp: Precisely.

An hon. Member: Just like to political parties.

Mr. Cronyn: Just like my donations to Miss MacDonald.

Mr. Epp: Right on!

Mr. Cronyn: Right. Then I do not see how any organization, such as ourselves, can object to that. I think you will collect far more money.

Mr. Epp: That is my point.

Mr. Cronyn: Yes, and I agree with you.

Mr. Epp: You see, I know that—excuse me a . . . I do not want to be as long as I am.

M. Epp: L'idée était de supprimer la déduction automatique de 100\$ en dons charitables que pouvait faire une personne sans produire de justificatif, suppression qui a été effectuée dans le budget précédent. En contrepartie, disait-on, on accorderait un crédit d'impôt au lieu d'une diminution de l'impôt à ceux qui feraient des dons à des oeuvres de charité.

Une voix: Sur le revenu imposable?

M. Epp: Oui, en le diminuant.

M. P. Kelly: Puis-je répondra à ceci en . . .

Mme Arnold: Oui.

M. Epp: Excusez-moi, monsieur Kelly, donnez-moi quelques instants . . . Cette proposition a été faite parce que nous avons cherché à la jumeler, si c'est faisable, s'il est possible ainsi d'augmenter les ressources des oeuvres de bienfaisance. Et c'est là-dessus que porte ma question: ne serait-il pas possible ainsi de fournir un service à la fois plus individualisé et plus abordable, d'une façon générale, pour la société? Quelle incidence une telle mesure aurait-elle, à votre avis, sur l'oeuvre de l'Ordre de Victoria? Serait-ce utile, et comment est-ce que vous en envisagez le fonctionnement, à supppser que ce soit une bonne proposition?

M. P. Kelly: Je ne vois pas encore très bien comment cela se ferait. Pour répondre à cette question, il faudrait revenir à la manière dont fonctionne notre organisation. Il y a encore un certain temps, l'Ordre se faisait payer, dans une certaine mesure, par les malades, organisait des collectes publiques, recevait des subventions de la collectivité et, plus récemment, de Centraide.

M. Epp: C'est bien cela.

M. P. Kelly: Il en est toujours encore ainsi, si ce n'est le nombre de gens qui ne peuvent payer et réclament l'aide gouvernementale, et cela varie selon la province. Il y a des gens qui sont au . . . C'est en réalité Centraide qui nous aide à colmater les brèches. Je ne vois pas là le rôle que pourraient jouer les impôts, sinon très indirectement.

M. Cronyn: Monsieur le président, si j'ai bien compris, vous dites que le dollar que je verserais à Centraide me vaudrait un crédit d'impôt, au lieu de figurer comme déduction sur ma déclaration d'impôt.

M. Epp: C'est bien cela.

Une voix: Comme les dons aux partis politiques.

M. Cronyn: Oui, comme mes contributions à M^{lle} MacDonald.

M. Epp: C'est bien cela!

M. Cronyn: Bon. Je ne vois donc pas comment une organisation comme la nôtre pourrait y voir d'objection. Les dons charitables seront beaucoup plus généreux, je pense.

M. Epp: C'est bien aussi mon avis.

M. Cronyn: Oui, je suis d'accord avec vous.

M. Epp: Vous voyez, je sais que . . . Excusez-moi . . . Je ne voulais pas m'étendre si longuement là-dessus.

[Texte]

Some hon. Members: Oh, oh!

Mr. Cronyn: No, I see what you are getting at though.

Mr. Epp: The point I am trying to make. I would like to see . . .

Mr. Blaikie: The good that I will, I do not.

Mr. Epp: Yes, I think I have heard that before too. The point I am driving at is that we would put more money into the voluntary organizations, organizations that obviously have a proven track record both in service and quality of service. And while I recognize that there would be a shortfall on government revenues, that is obvious, would we not be able to provide services, more cost efficient, and bring in the voluntary sector . . . and I am not at all discrediting your dedication, but dedication is enhanced with money if you can do the service—and what I guess I am really driving at is: Should we not be looking at a tax system which at least in part would give you a direct access to funds in a way I have described? And would it not in fact enhance service?

Mr. Grunow: May I respond to that, Mrs. Arnold?

Mrs. Arnold: Yes.

Mr. Grunow: I think you are quite right. This is somewhat beyond the scope of our presentation here but I think you are quite right. I think the thrust of what you are getting at, regardless of how you would go about it, is the proper way to go. I think there is a tremendous wealth in this country in the voluntary organizations. Voluntary does not mean amateur in this context; these are highly professional people. Not only are the nurses professional—and this is something that perhaps people do not consider—but it has a tremendous wealth of very highly professional volunteers, people who are not paid at all for the tremendous amount of time they put into these organizations. That is worth an awful lot. I think—I cannot demonstrate this with numbers—but one would have to believe that this is a more cost effective way of doing it—I am speaking as an accountant now. I think we all realize that cost effectiveness is not the only factor. I think that by involving the volunteers, by involving the community, you get a much more compassionate, more feeling organization. I think you simply get better health care through this route. I would suggest to you that we should do all we can not to ignore the voluntary organizations, not just the VON, but any of these organizations that are in existence. They are good. They are professional and they are a resource in this country that you should take advantage of.

• 2200

Mr. Epp: Mr. Chairman, Mr. Grunow made my point much better than I did, and I thank him.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp.

[Traduction]

Des voix: Oh, oh!

M. Cronyn: Non, je vois où vous voulez en venir.

M. Epp: Eh bien, c'est que j'aimerais voir . . .

M. Blaikie: L'enfer est pavé de bonnes intentions.

M. Epp: Oui, il me semble avoir déjà entendu cela. Ce que je veux vous faire comprendre, c'est que nous consentirions un plus gros effort de financement en faveur des organisations bénévoles, de celles qui ont vraiment fait leurs preuves, tant par les services rendus que par la qualité de ceux-ci. Je reconnais, certes, que les recettes du gouvernement en seraient diminuées, et c'est évident, mais est-ce que cela ne nous permettrait pas de fournir des services à moindre coût et de faire intervenir le secteur des bénévoles . . . Ce n'est pas que je mets en doute votre dévouement, mais si sincère soit-il, il n'en est que plus efficace si on lui en donne les moyens, et voilà donc où je voulais en arriver. Est-ce que nous ne devrions pas songer à mettre en place un régime fiscal qui, en partie tout au moins, vous permettrait de toucher directement des fonds de la façon que j'ai décrite? Est-ce que cela ne vous permettrait pas, en fait, d'améliorer encore vos services?

M. Grunow: Puis-je répondre à cela, madame Arnold?

Mme Arnold: Certainement.

M. Grunow: Je pense que vous avez tout à fait raison. Nous n'étions pas préparés, en venant ici, à aborder cette question, mais je vois le bien-fondé de votre proposition. Quelle que soit la façon dont vous vous y prendrez, je crois que c'est la bonne façon de procéder. Les organisations de bénévoles de ce pays recèlent, je pense, des ressources insoupçonnées. Les bénévoles, dans ce cadre, ne sont pas des amateurs, ce sont des gens à formation professionnelle très poussée. Je ne parle pas seulement des infirmières—c'est aussi peut-être une question à laquelle les gens ne pensent pas—mais on trouve un grand nombre de bénévoles hautement spécialisés, des gens qui ne reçoivent aucune rémunération pour le temps considérable qu'ils consacrent à ces organisations. Or ce temps est fort précieux. Je ne peux prouver ce que j'avance avec des chiffres, mais je crois que ce serait un moyen beaucoup plus économique d'accomplir ce que nous voulons, et je parle ici en tant que comptable. Nous savons tous, j'en suis sûr, que le rapport coût-efficacité n'est pas le seul facteur dont il faille tenir compte. En mobilisant les bénévoles, en sollicitant la collectivité, vous arrivez à avoir une organisation beaucoup plus humaine, beaucoup plus sensible aux besoins et la qualité de vos soins s'en trouvera ainsi améliorée. Je vous exhorte à faire tout ce qui est en votre pouvoir pour ne pas laisser de côté les organisations de bénévoles, et je ne parle pas que de l'Ordre de Victoria, mais de toutes les organisations que nous avons. Elles jouent un rôle bénéfique, ce sont des professionnels, et elles constituent une ressource que vous ne devriez pas négliger.

M. Epp: Monsieur le président, M. Grunow a plaidé la cause plus éloquemment que je n'ai su le faire, et je l'en remercie.

Le président: Je vous remercie, monsieur Epp.

[Text]

I will ask Dr. Halliday to close off the questioning.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I want to add my laudatory comments to our witnesses tonight to those of, first of all, Miss MacDonald and others. I am very impressed by the last discussion we just had with Mr. Epp and most of the board members. I wanted to raise that point, too. My colleague and you have dealt with it very well.

Coming out of all that discussion, may I ask a question of whether or not the VON, in view of the inexorable way we are moving towards a giant, monolithic and monopolistic health care system in this country, do you now or have you been feeling a little bit threatened by governments at all levels, whether you talk about federal or provincial or municipal, in terms of their encroaching on the work that you have done traditionally? You could probably prove your point one way or the other to me if you could tell us what has happened to your number of branches in the last 10 years or your number of staff, whether they have gone up or down, or your number of volunteers and number of visits and so on. Are you keeping pace with the growth of services in general in the country, or do you feel that you are being encroached on by governments?

Mrs. Taylor: That is a very apropos question, I think, today. We are asked that frequently.

We do not feel encroached on, I do not think, any more than we feel we are competing. I think we feel confident in our capacity to provide service as a voluntary agency.

There is no question that there is change within this country. There is change at the municipal, provincial and the federal levels. But keeping in mind that we are known to be pioneers, we see a continuing pioneering role and we are very much aware of the trends around the elderly population. We are beginning to think about the youth population who will, as I said earlier, partly have to support the elderly. What we want to and will continue to do is to assess community needs and develop programs or advocate that they be developed to meet the needs of the people within those communities.

Mr. Halliday: Thank you. My second question, Mr. Chairman... Recommendation number 1 that the VON has given us is not a difficult one to support, where they want to see the definition of insured health services expanded to include extended health care services.

In addition, of course, there are other probably equally deserving types of services that should be provided to Canadians on a similar basis, such as maybe dental care, pharmaceutical, just to mention two often-named ones.

Mr. Blaikie has pointed out one of the problems. He was trying to get, I think, you people to admit that funding is one

[Translation]

Je vais demander au Dr Halliday de poser les dernières questions.

M. Halliday: Je vous remercie, monsieur le président.

Je voudrais me joindre à M^{lle} MacDonald et aux autres dans les louanges que j'adresserai à nos témoins. La discussion que nous venons d'avoir avec M. Epp et les membres du Conseil d'administration m'a vivement impressionné, car c'est une question que j'avais également l'intention de soulever, mais mon collègue et vous, vous en êtes chargés, et vous l'avez fort bien fait.

Je vois se dégager une question de toutes ces discussions: compte tenu de la voie dans laquelle nous sommes inexorablement engagés et qui débouche sur un système d'assurance-maladie tentaculaire, monolithique et monopoliste, est-ce que votre organisation sent planer au-dessus d'elle une menace, que ce soit du gouvernement fédéral, provincial ou municipal au sens où ces derniers empièteraient sur un territoire qui est traditionnellement le vôtre? Il vous suffirait sans doute, pour répondre à ma question dans l'une ou l'autre direction, de nous dire ce qu'il est advenu de vos services et de vos effectifs au cours des 10 dernières années, s'ils ont augmenté ou diminué, ou ce qu'il en est du nombre des bénévoles, des visites, etc. Est-ce que vous connaissez une expansion parallèle à celle des besoins du pays, dans son ensemble, ou bien avez-vous l'impression que les gouvernements vous portent ombrage?

Mme Taylor: C'est une question qui vient bien à-propos aujourd'hui, et que l'on nous pose fréquemment.

Nous n'avons pas l'impression que l'on empiète sur notre terrain, je crois, pas plus que nous n'avons l'impression de rivaliser avec d'autres. Nous sommes sûrs de nous dans la mesure où nous fournissons des services en tant qu'organisme bénévole.

Mais il est certain que des changements sont survenus dans ce pays, et ce aux niveaux fédéral, provincial et municipal. Mais compte tenu de notre tradition de pionniers, c'est une tradition à laquelle nous voulons rester fidèles et nous sommes hautement conscients de l'évolution du groupe des personnes âgées. Nous réfléchissons également aux questions qui se posent aux jeunes, qui devront, comme je l'ai déjà dit, subvenir en partie aux besoins des personnes âgées. Ce que nous voulons continuer à faire, c'est d'évaluer les besoins de la collectivité et de mettre sur pied des programmes—ou de plaider en faveur de tels programmes—visant à satisfaire les besoins des gens de ces collectivités.

M. Halliday: Je vous remercie. Ma deuxième question, monsieur le président... La première recommandation des infirmières de l'Ordre de Victoria emporte aisément notre adhésion, recommandation visant à élargir la définition de soins assurés pour y inclure les soins complémentaires.

Il existe, certes, d'autres catégories de services qui mériteraient, eux aussi, d'être fournis aux Canadiens aux mêmes conditions, les soins dentaires, par exemple, ou les médicaments, pour n'en mentionner que deux dont on parle beaucoup.

M. Blaikie a mis en relief l'un de ces problèmes. Il essayait, je pense, de vous faire reconnaître que le financement est l'une

[Texte]

of the difficulties the provinces are having. I am wondering whether you would like to go out on a limb and set a priority. I have named three. Maybe there are other ones, but do you feel there is a real priority for extended health care services over and above, say, dental care or over and above provision of pharmaceutical products?

Mr. Purdy: The difficulty there, Mr. Chairman, is that there are varying stages of development in home care across the nation, so there is a lack in uniformity. We have a real problem there in assessing priorities. We have no home care program in Nova Scotia, for instance.

Mrs. Marshall: The priority that we would assign to these items is implied by the recommendation itself. If you are looking beyond the extended programs, we have I guess indicated that those programs themselves are a priority to us and that within those extended programs the health service component of the home care programs would be a priority over and above that, within that context.

• 2205

Mr. Halliday: Stemming out of this, let us observe first that the obvious reason—I am sure those of you who live in Ontario would have to agree that the reason we do not have dental care more completely than we have now is purely cost. The Ontario government would love to do it, but they know they cannot afford it. So I think we have to face this problem of cost.

That leads into my next question. We have a note on the board here tonight, Mr. Chairman. We have had two controllers or accountants and two financial consultants—people who are very knowledgeable, obviously, about the business world and how that works. I am interested in the context of the work the VON does. I agree with you that one of the primary priorities now should be—as long ago as eight, ten years ago I wrote to the Ontario Minister of Health trying to convince him that if you would pay families \$10 a day in those days, or maybe \$20 a day now, or \$30, you could keep a lot of elderly people at home with families.

Mr. Purdy: Right.

Mr. Halliday: But there was no response at all from the Ontario government. I was very disappointed in that. But again, I suppose, it is cost.

But there is another way to look at this. Since we all agree here that the kind of extendicare services you want to provide are essential, and inasmuch as many of us who need those services could afford to pay part of the cost, as many do now, as far as you are concerned, how would you people, as board members, feel about having the government provide that kind of care on a universal basis for everybody but assuming those people who could afford, determined by perhaps their ability to pay income tax—that those people probably pay a deductible

[Traduction]

des difficultés auxquelles se heurtent les provinces. Est-ce que vous oseriez vous avancer et nous indiquer vos priorités? J'en ai nommé deux; il y en a peut-être d'autres, mais est-ce qu'il vous paraît que les services de soins complémentaires doivent venir en tête des priorités, précédant, par exemple, les soins dentaires et les produits pharmaceutiques?

M. Purdy: La difficulté, monsieur le président, c'est que la situation en matière de soins à domicile n'est pas la même dans tout le pays, qu'il y a un manque d'uniformité, ce qui rend plus compliquée toute décision en matière de priorités. C'est ainsi qu'en Nouvelle-Écosse, il n'existe pas de programme de soins à domicile.

Mme Marshall: La priorité que nous voudrions assigner à ces questions est contenue dans la recommandation elle-même. Si vous allez au-delà des programmes de soins complémentaires, nous avons fait savoir, je crois, qu'ils constituent eux-mêmes une priorité pour nous et qu'au sein de ces programmes de soins complémentaires, l'élément des soins, dans les programmes de soins à domicile, constituerait une priorité absolue.

M. Halliday: Découlant de cela, voyons d'abord que la première raison évidente... Je suis sûr que ceux d'entre vous qui vivent en Ontario avoueront avec moi que la raison pour laquelle on ne nous offre pas plus au chapitre des soins dentaires, c'est une simple question de coût. Le gouvernement de l'Ontario aimerait bien offrir cela, mais il sait bien qu'il n'a pas les moyens financiers de le faire. Il nous faut donc nous rendre à l'évidence. C'est une question de coût.

Ce qui m'amène à ma prochaine question. Il y a une note sur le tableau ici ce soir, monsieur le président. Nous avons deux contrôleurs ou comptables et deux conseillers financiers, des gens qui s'y connaissent très bien, de toute évidence, dans le monde des affaires et savent y évoluer. Je m'intéresse au contexte du genre de travail que font les infirmières de l'Ordre de Victoria. Je suis d'accord avec vous qu'une des premières priorités à l'heure actuelle... Il y a déjà huit ou dix ans, j'écrivais au ministre de la Santé de l'Ontario pour essayer de le convaincre que si seulement on payait 10\$ par jour aux familles, à l'époque, peut-être 20 ou 30\$ par jour maintenant, on encouragerait bien des gens à garder leurs vieillards chez eux.

M. Purdy: Oui.

M. Halliday: Mais il n'y a eu aucune réponse du gouvernement de l'Ontario. Cela m'a déçu énormément. Encore une fois, j'imagine que c'est une question de coût.

Mais il y a une autre façon de voir les choses. Puisque nous sommes tous d'accord ici que le genre de services complémentaires que vous voulez fournir sont essentiels et puisque beaucoup d'entre nous qui avons besoin de ces services pourraient absorber une partie des frais, comme c'est le cas à l'heure actuelle, comment vous, en votre qualité de membres du conseil d'administration, vous sentiriez-vous si le gouvernement devait fournir ce genre de service pour tous, sur une base universelle, mais en assumant que ces gens qui en ont les

[Text]

amount, with a maximum payment per year? That would get the service into the system that we need. Everybody would be entitled to it; and those people, such as those of us around this table, who could well afford to pay \$5 towards a visit—and put a maximum ceiling on it for a total year—nobody would be given difficulty with it. How would you feel about that as a way to get into what you want? I can assure you you are not going to get a provincial government to offer what you want as quickly, if we insist on total funding by the province or by the federal government.

Mrs. Marshall: One of the risks present in taking that approach is this. I am from Nova Scotia, and Mr. Purdy has alluded to the fact that in Nova Scotia there is not a home care program. I mention that simply because it illustrates what happens when you have two programs side by side, one of which has one funding pattern and one financial implication to the user, the other of which has another funding pattern and another financial implication to the user.

To clarify what I mean here, in Nova Scotia, basically, if a person is in the hospital, while it is costing somebody a great deal of money, it is not costing that individual person who is in the hospital, directly, anything. If that person chooses to try to remain in the community and in their own home, the responsibility for many elements of their health care becomes theirs financially. What you have in place there in fact is a system that rewards the individual's dependence on a very expensive system and a system that penalizes the individual's attempt to maximize their independence and reach their relative healthy state.

I see many pitfalls while I see many desirable outcomes from the system you have described. These are the kinds of things that can happen. This is why as a national voluntary health agency we choose to address the comprehensive package of health-care programs: because they do interrelate and co-exist.

I would also like to say, when I get the pain-and-gain parallel straightened out here, I think we sometimes make the mistaken assumption that somehow we must maintain everything that is presently there because it has to be perfect, it has to be important to be there, and we never really look at that and question it and say, are you perfect, are we getting the best value for the dollars we are now spending? Maybe we can take \$700 million that are being spent in a certain way now and make better use of them. Maybe we are not always talking about—I am getting collected here—add-on costs. They do not have to be add-on costs.

When you talk of commitment, I think that is one of the commitments that we bring to it too. We do not have all the answers, but we are certainly willing to help share in the responsibility of looking for them.

The Chairman: Thank you very much, Dr. Halliday; and thank you very much, Mrs. Arnold and your excellent

[Translation]

moyens, ce qui resterait peut-être à déterminer par les impôts qu'ils payent, que ces gens donc paieraient peut-être un montant déductible jusqu'à un certain maximum par année? Voilà qui nous donnerait les services dont on a besoin dans le système qu'il nous faut. Chacun y aurait droit; ces gens, comme ceux d'entre nous autour de la table ici, qui ont les moyens de déboursier 5\$ la visite, et on pourrait fixer un maximum par année... Cela ne poserait de problème pour personne. Est-ce que ça vous aiderait à atteindre le but que vous vous proposez? Qu'en pensez-vous? Je puis vous assurer que vous ne réussirez à obtenir d'aucun gouvernement provincial ce que vous voulez aussi vite que vous le voudriez si nous tenons mordicus à ce que la province ou le gouvernement fédéral finance tout à 100 p. 100.

Mme Marshall: Voici un des risques que cela nous ferait courir. Je viens de Nouvelle-Écosse et M. Purdy vient de nous rappeler qu'il n'y a pas de programme de soins à domicile dans cette province. Je le dis tout simplement parce que cela illustre bien ce qui arrive lorsque vous avez deux programmes parallèles dont l'un se finance en partie grâce à l'apport de l'usager et dont l'autre est financé grâce à un apport financier d'un genre différent de la part de l'usager.

Pour parler plus clairement, en Nouvelle-Écosse, si la personne se trouve être à l'hôpital, tandis que ça coûte très cher à quelqu'un, cela ne coûte rien, directement, à la personne hospitalisée. Si cette personne décide d'essayer de rester chez elle, dans son propre logement, beaucoup d'éléments de ces soins de santé reviennent à sa charge. Vous avez donc là un système qui récompense la personne qui a recours au système qui coûte le plus cher et qui pénalise la personne qui essaie de maximiser son indépendance et d'atteindre une santé relative.

Le système que vous venez de nous décrire présente bien des problèmes, quoiqu'on y trouve aussi de très bonnes choses. C'est là le genre de choses qui peuvent arriver. Voilà pourquoi, en notre qualité d'organisme national et bénévole de la santé, nous choisissons de voir les programmes de soins de santé dans leur totalité globale, parce qu'il y a interrelation et coexistence.

Sans oublier qu'on ne fait pas d'omelette sans casser d'oeufs, j'aimerais aussi dire que nous posons parfois peut-être l'hypothèse erronée qu'il ne nous faut toucher à absolument rien car tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes; il faut se poser des questions sur l'importance des choses et il nous arrive souvent d'oublier de nous demander si ce que nous avons est parfait et si vraiment les résultats obtenus justifient la dépense. Peut-être pourrions-nous prendre ces 700 millions de dollars que nous dépensons actuellement d'une certaine façon pour en faire un meilleur usage. Peut-être ne s'agit-il pas toujours, et j'essaie de formuler cela, de coûts additionnels. Il ne s'agit pas obligatoirement de coûts supplémentaires.

Lorsque vous parlez d'engagement, je crois que c'est aussi un des engagements que nous prenons. Nous n'avons pas toutes les réponses, mais nous sommes certainement prêts à aider et à faire notre part afin de trouver les réponses.

Le président: Merci beaucoup, Dr Halliday; merci beaucoup, Madame Arnold ainsi que votre excellente délégation

[*Texte*]

delegation from the Victorian Order of Nurses of Canada, for giving us all your great insights tonight.

[*Traduction*]

des infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, pour avoir partagé avec nous le fruit de votre pensée ici ce soir.

• 2210

Mrs. Arnold: Thank you, Mr. Chairman, for giving us this opportunity to come before your committee. We thank you for your kind remarks and the expressions of support that we have received. It is all very encouraging. Thank you so much.

Mme Arnold: Merci, monsieur le président, de nous avoir donné cette occasion de comparaître devant votre Comité. Nous vous remercions pour vos bonnes paroles et pour les manifestations de soutien que vous nous avez témoignées. Tout cela est très encourageant. Merci beaucoup.

An Hon. Member: Keep up the good work.

Une voix: Ne lâchez pas!

The Chairman: The meeting is adjourned.

Le président: La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

At 7:30 p.m.

From the Quebec Federation of General Practitioners:

Dr. Clement Richer, President;
Mr. François Chapados, Legal Adviser;
Dr. Ronald Dutil, Secretary General;
Mr. Marcel Rodrigues, Economic Adviser;
Dr. Georges-Henri Gagnon, Director, Professional Affairs;

Dr. Hugues Bergeron, Treasurer.

From the Victorian Order of Nurses for Canada:

Mrs. Islay Arnold, President;
Mrs. Millicent Taylor, Acting National Director;
Mrs. Sharon Marshall; Member of the Board of Management;
Mr. James Cronyn, Member of the Board of Management;
Mr. Robert Brunow, Member of the Board of Management;
Mr. Peebles Kelly, Member of the Board of Management.

A 19 h 30

De la Fédération des médecins et chirurgiens du Québec:

D^r Clement Richer, Président;
M. François Chapados, Conseiller juridique;
D^r Ronald Dutil, Secrétaire général;
M. Marcel Rodrigues, Conseiller économique;
D^r Georges-Henri Gagnon, Directeur, Questions d'ordre professionnel;
D^r Hugues Bergeron, Trésorier.

«Victorian Order of Nurses for Canada»:

M^{me} Islay Arnold, Président;
M^{me} Millicent Taylor, Directeur national suppléant;
M^{me} Sharon Marshall, Conseil de gestion;
M. James Cronyn, Conseil de gestion;
M. Robert Brunow, Conseil de gestion;
M. Peebles Kelly, Conseil de gestion.

HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 7

Fascicule n° 7

Thursday, February 16, 1984

Le jeudi 16 février 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Health, Welfare and Social Affairs

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

CONCERNANT:

Bill C-3, Canada Health Act

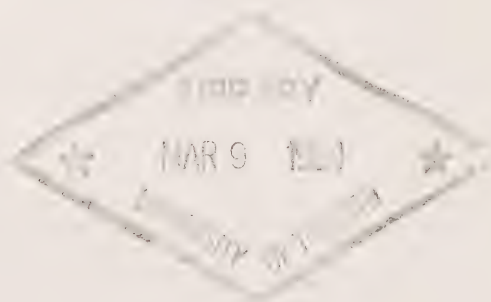
Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

TÉMOINS:

(See back cover)

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, FEBRUARY 16, 1984
(11)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:08 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, Mrs. Killens, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau and Reid (*St. Catharines*).

Other Members present: Messrs. Lang and McCain.

Witnesses: From the Canadian Medical Association: Dr. Everett Coffin, President, Dr. William J. Vail, Chairman, Board of Directors; Dr. Alex McPherson, President Elect; Dr. Marc Baltzan, Past President; Mr. B.E. Freamo, Secretary-General; Mr. D.A. Geekie, Director of Communications. The Honourable Charles Gallagher, Minister of Health, New Brunswick.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

The Chairman presented the Third Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure which is as follows:

THIRD REPORT

Your Sub-Committee met on Tuesday, February 14, 1984 and agreed to make the following recommendations:

1. That the deadline for receipt of written briefs be extended to Monday, March 5, 1984;
2. That the provincial medical associations which have requested to appear (see Annex A) be invited as a group for a three and a half hour session on Tuesday, February 21, from 9:00 a.m. to 12:30 p.m. and, that further to a telegram of invitation from the Committee, Mr. Geekie of the Canadian Medical Association be requested to co-ordinate their appearance;
3. That the Health Coalition of Nova Scotia, the Ontario Health Coalition and the Friends of Medicare be invited to appear as a group for an hour and a half on Tuesday afternoon, February 21 at 3:30 p.m.;
4. That Professors Evans and Fraser and the National Anti-Poverty Organization be given twenty-four hours notice to confirm their appearance;

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 16 FÉVRIER 1984
(11)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 08, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breau, Epp, Halliday, M^{me} Killens, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Hudecki, Lachance, Marceau et Reid (*St. Catharines*).

Autres députés présents: MM. Lang et McCain.

Témoins: De l'Association médicale canadienne: Dr Everett Coffin, président; Dr W.J. Vail, président, Conseil d'administration; Dr Alex McPherson, président élu; Dr Marc Baltzan, ancien président; M. B.E. Freamo, secrétaire général; M. D.A. Geekie, directeur communications. L'honorable Charles G. Gallagher, ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

Le président dépose le troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure que voici:

TROISIÈME RAPPORT

Votre Sous-comité se réunit le mardi 14 février 1984 et convient de faire les recommandations suivantes:

1. Que le délai de présentation des mémoires soit prolongé jusqu'au lundi 5 mars 1984;
2. Que les associations médicales provinciales qui ont exprimé le désir de comparaître (voir Annexe A) soient convoquées en groupe à une audience de trois heures et demie prévue pour le mardi 21 février, de 9 heures à 12 h 30 et, qu'à la suite d'un télégramme d'invitation adressé à M. Geekie, de l'Association médicale canadienne, le Comité prie ce dernier de coordonner leur comparution;
3. Que les Coalitions de la santé de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et de l'Alberta soient convoquées en groupe à une audience d'une heure et demie prévue pour le mardi 21 février, à 15 h 30;
4. Que les professeurs Evans et Fraser, ainsi que l'Organisation nationale anti-pauvreté, soient prévenus, en suivi, de leur comparution vingt-quatre heures auparavant;

5. That the Health Ministers for British Columbia, Northwest Territories and Quebec be given until 5:00 p.m. Thursday, February 16, to confirm their appearance;
6. That in addition to the witnesses already scheduled (see Annex B) the following individuals/organizations be invited to appear for a forty-five minute time period;
 - Canadian Anaesthetists Association
 - Canadian Association of Emergency Physicians
 - College of Family Physicians of Canada
 - National Federation of Nurses' Unions
 - Dr. David Symington, Department of Rehabilitation, Queen's University
 - Dr. Ake Blomqvist, Department of Economics, University of Western Ontario (if he is unable to appear, Dr. A.P. Ruderman, Professor of Administrative Studies, Dalhousie University is to be invited);
7. That no further witnesses be invited to appear and that the public hearings with respect to Bill C-3 conclude on Thursday, February 23, 1984;
8. That clause-by-clause study of Bill C-3 begin Tuesday morning, March 6, at 9:30 a.m. with the intent of completing clause-by-clause study that week;
9. That the Clerk, in consultation with the Chairman, be authorized to schedule witnesses as practicable.

Mr. Lachance moved,—That the Third Report of the Subcommittee on Agenda and Procedure be concurred in.

After debate, the question being put on the motion, it was, by a show of hands, agreed to: Yeas: 6; Nays: 1.

Ordered,—That 1000 additional copies of Issue No. 1 of the Minutes of Proceedings and Evidence be printed.

The Honourable Charles Gallagher made a statement and answered questions.

At 1:39 o'clock p.m. the Committee adjourned until 3:30 p.m.

AFTERNOON SITTING (12)

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 3:36 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Blaikie, Breaux, Halliday, Mrs. Killens, Messrs. McCauley, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Allmand, Lachance and Reid (*St. Catharines*).

Other Member present: Mr. Foster.

Witnesses: From the Canadian Health Coalition: Richard Haughian, Director, Executive Committee; Guy Adam, Director, Executive Committee; Nancy Kotani, Chairperson, Executive Committee; Michèle Harding, Executive Director, Ontario Health Coalition; Ian Johnson, Chairperson, Nova Scotia Health Coalition; Dr. Susan Stock, Director, Executive

5. Que les ministres de la Santé de la Colombie-Britannique, des Territoires du Nord-Ouest et du Québec aient jusqu'au mardi 16 février, à 17 heures, pour confirmer leur comparution;

6. Que, outre les témoins déjà prévus (voir Annexe B), les personnes ou organisations suivantes soient convoquées à une audience de quarante-cinq minutes:

- «*Canadian Anaesthetists Association*»;
- «*Canadian Association of Emergency Physicians*»;
- «*College of Family Physicians of Canada*»;
- «*National Federation of Nurses' Unions*»;
- M. David Symington, Département de rééducation, université Queen's;
- M. Ake Blomqvist, Département d'économie, université Western Ontario; (si celui-ci ne peut y assister, on s'adressera à M. A.P. Ruderman, professeur d'études en gestion, Université de Dalhousie);

7. Qu'aucun autre témoin ne soit convoqué et que les audiences publiques relativement au projet de loi C-3 se terminent le jeudi 23 février 1984;

8. Que l'étude, article par article, du projet de loi C-3 débute le mardi 6 mars, à 9 h 30, en vue de se terminer au cours de la semaine;

9. Que le greffier, en consultation avec le président, échelonne la comparution des témoins dans la mesure du possible.

M. Lachance propose,—Que le troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure soit adopté.

La motion est mise aux voix et adoptée par vote à main levée: Pour: 6; Contre: 1.

Il est ordonné,—Que l'on commande 1000 autres copies du fascicule n° 1 des *Procès-verbaux et témoignages*.

L'honorable Charles Gallagher fait une déclaration et répond aux questions.

A 13 h 39, le Comité interrompt les travaux jusqu'à 15 h 30.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI (12)

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 15 h 36, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Blaikie, Breaux, Halliday, M^{me} Killens, MM. McCauley, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Allmand, Lachance et Reid (*St. Catharines*).

Autre député présent: M. Foster.

Témoins: De la Coalition canadienne de la santé: M. Richard Haughian, directeur, comité directeur; M. Guy Adam, directeur, comité directeur; M^{me} Nancy Kotani, président, comité directeur; M^{me} Michèle Harding, comité directeur, Coalition de la santé de l'Ontario; M. Ian Johnson, président, Coalition de la santé de la Nouvelle-Écosse; Dr

Committee; Mary Hegan, Director, Executive Committee, CHC.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The witnesses made statements and answered questions.

At 5:35 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Susan Stock, directeur, comité directeur; M^{me} Mary Hegan, directeur, comité directeur.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Les témoins font des déclarations et répondent aux questions.

A 17 h 35, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Thursday, February 16, 1984

• 0908

The Chairman: Order, please. I will call this Standing Committee of the House of Commons on Health, Welfare and Social Affairs together. We are continuing the study of Bill C-3, the Canada Health Act.

We are very pleased to have with us this morning a delegation from The Canadian Medical Association. Dr. Everett Coffin is the President. Doctor, perhaps you or one of your group could introduce the rest of your delegation. We are in your hands for a presentation and some questioning afterwards.

Dr. Everett Coffin (President, The Canadian Medical Association): Thank you, Mr. Chairman. Accompanying me today is Mr. B. E. Freamo, Secretary-General of the The Canadian Medical Association; Dr. Marc Baltzan, the immediate Past President of the Association; Dr. Alex McPherson from Edmonton, the President-elect; Dr. W.A. Vail, Chairman of our Board, from Newmarket; and Mr. Doug A. Geekie, Director of Communications at the Canadian Medical Association.

Mr. Chairman, and President, and members of the House of Commons Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs,

l'Association médicale canadienne est heureuse de vous présenter ce rapport préliminaire. Nous parlons au nom de 38,000 membres et des patients qu'ils servent. Nous présentons un mémoire formel avec la documentation appropriée dans les deux langues officielles d'ici dix jours.

• 0910

The Association's comments necessarily relate to the country as a whole. The committee will be aware that our provincial divisions are directly responsible for interaction with their provincial governments, since the operation of our health care delivery system is a provincial matter. We anticipate that our provincial and territorial medical associations will present many specific issues.

The CMA studied Bill C-3, the Canada Health Act in detail, and found several points to commend in this legislation. We support those sections of the act designed to improve the portability of benefits from province to province, and which make federal contributions to health care programs specific. We also believe that Canadians should know how much money is being spent on health care, and how much of that money is provided by the federal government, the provincial governments and the public. We believe the Minister of National Health and Welfare should have enough information to report on health care in Canada, as part of the government's accountability and responsibility to Parliament and to the people for money spent by the federal government on health care in Canada.

TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le jeudi 16 février 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. J'ouvre la séance de ce Comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales de la Chambre des communes. Nous poursuivons l'examen du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé.

Nous recevons ce matin une délégation de l'Association médicale canadienne. Le Dr Everett Coffin en est le président. Monsieur Coffin, vous pourriez peut-être, vous ou quelqu'un d'autre assis à votre table, présenter les autres membres de la délégation. Après votre exposé, nous pourrions vous poser quelques questions.

M. Everett Coffin (président, Association médicale canadienne): Merci, monsieur le président. M'accompagnent aujourd'hui M. B.E. Freamo, secrétaire général de l'Association médicale canadienne; le Dr Marc Baltzan, président sortant de l'Association; le Dr Alex McPherson d'Edmonton, président-élu; le Dr W.A. Vail de Newmarket, président du conseil d'administration, et enfin, M. Doug A. Geekie, directeur des communications à l'Association médicale canadienne.

Monsieur le président, membres du Comité permanent de la Chambre des communes de la santé, du bien-être et des affaires sociales,

The Canadian Medical Association is pleased to present this preliminary brief. We are speaking on behalf of our 38,000 members and of the patients of those members. In the next 10 days, you will be receiving our official brief along with the pertinent data in both official languages.

Nos observations portent nécessairement sur l'ensemble du pays. Les membres du Comité savent qu'il revient aux associations provinciales de traiter directement avec les gouvernements provinciaux, vu que les réseaux de prestation de soins de santé relèvent des provinces. Nous pensons que les associations médicales provinciales et territoriales feront valoir de nombreux points précis.

L'AMC a étudié en détail le projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé, et y a trouvé plusieurs points dignes de louanges. Nous applaudissons aux dispositions de la loi visant à améliorer la transférabilité des prestations entre les provinces et celles qui permettent de mieux connaître les contributions du gouvernement fédéral aux programmes de soins de santé. Nous pensons également que les Canadiens doivent savoir combien d'argent est consacré aux soins de santé, combien de cette somme vient du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et du public. Nous pensons que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social devrait avoir suffisamment d'informations à sa disposition pour présenter des rapports sur les soins de santé au Canada, dans le cadre de la responsabilité gouvernementale envers le Parlement et

[Texte]

We are concerned, though, with important problems which the act does not address. The Minister has told this committee she is not responsible for federal financial commitments to Canada's health care system. She believes this responsibility rests with the Minister of Finance. The CMA does not agree with this division of her responsibility. Section 23 of the Act requires that the Minister will report annually on the administration and operation of the legislation. Surely, under our parliamentary system, the Minister consigned is directly and completely responsible for the expenditures of funds voted by Parliament for the operation and programs of each department.

We cannot accept the Minister of Health and Welfare's report. We doubt it can adequately assess Canada's health system, without commenting on federal government contributions to it and their adequacy in attaining the goals of our health insurance system.

A succession of federal and provincial government commissions and committees have studied our health care system. They have unanimously concluded that it is one of the finest in the world. The CMA concurs with this evaluation. We also agree with Mr. Justice Hall's comment: "That that does not mean that serious difficulties have not manifested themselves, nor that inequities have not been allowed to develop. There are serious problems which, if not faced and resolved, can greatly diminish the efficiency of the program."

The Canadian Medical Association is very aware of this implied concern, and believes that changes in the system should be made to improve the quality and accessibility of care, only after exhaustive examination of the options available, to ensure that the operation of the system is not in any way adversely affected. We believe that all Canadians should have an opportunity to make presentations to you, outlining their support for, or criticism of, the proposed legislation. That is why the CMA recently advertised across Canada to publicize its work. We believe the committee must examine the impact of this legislation, all aspects of Canada's health system and that Canadians will not accept superficial analysis or inordinate haste in reaching conclusions.

The Minister of Health has introduced the Canada Health Act, because she believes extra-billing and user fees are a serious barrier to accessibility. Extra billing by physicians is not a major problem. The Minister has presented estimates to the committee of the amount of extra-billing by Canadian physicians. We are unable to confirm these estimates, because hard data is not available from several provinces. However, even her estimates represent less than 2% of total expenditures on physician services. This represents a declining proportion of the total cost of physicians' services. Thus, medicare is not being threatened; it is not being eroded.

[Traduction]

envers l'ensemble des Canadiens pour ce qui est de l'argent que dépense le gouvernement fédéral en matière de soins de santé au pays.

Il y a cependant des problèmes importants que ce projet de loi passe sous silence. Le ministre a dit au Comité qu'elle n'est pas responsable des engagements financiers du gouvernement fédéral envers le réseau de soins de santé canadien. Elle a déclaré que cette responsabilité revient plutôt au ministre des Finances. L'AMC rejette cette division de responsabilités. L'article 23 du projet de loi impose au ministre l'obligation de présenter un rapport annuel portant sur l'administration et le fonctionnement de la loi. De toute évidence, dans notre régime parlementaire, le ministre visé est directement et entièrement responsable de la dépense des crédits octroyés par le Parlement pour chaque ministère.

Nous rejetons ce rapport du ministre de la Santé et du Bien-être social. Nous ne pensons pas que ce rapport permette de bien évaluer les réseaux de santé canadiens sans faire état des contributions du gouvernement fédéral à ce réseau et de la question de savoir si elles sont suffisantes au regard des objectifs visés.

Une série de commissions gouvernementales fédérales et provinciales ont étudié notre réseau de prestations de soins. À l'unanimité, ces commissions ont conclu que nous avons l'un des meilleurs systèmes au monde. L'AMC partage cet avis. Nous sommes également d'accord avec le juge Hall qui dit: «Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu de problèmes graves, ni que le système est parfaitement équitable. Il existe des problèmes sérieux auxquels il faut trouver une solution, sinon l'efficacité du programme s'en trouvera grandement diminuée.»

L'Association médicale canadienne est bien consciente de ce danger et pense que le système devrait être modifié de façon à accroître la qualité et l'accessibilité des soins après étude complète des solutions possibles, de sorte que le fonctionnement du système ne soit pas touché. Nous pensons que tous les Canadiens devraient avoir la possibilité de vous faire connaître leur opinion favorable ou défavorable sur le projet de loi. C'est ce qui explique que l'AMC a fait des annonces dans tout le pays pour bien faire connaître son travail. Nous pensons que le Comité doit examiner les répercussions de ce projet de loi, qu'il doit se pencher sur tous les aspects du réseau de santé au Canada et que les Canadiens n'accepteront pas d'analyse superficielle ni de hâte dans cet examen.

La ministre de la Santé a présenté la Loi canadienne sur la santé parce qu'elle considère que la surfacturation et les frais modérateurs nuisent grandement aux principes d'accessibilité. La surfacturation par les médecins ne pose pas un problème grave. Le ministre a présenté au Comité le chiffre estimatif de la surfacturation de la part des médecins canadiens. Nous ne sommes pas en mesure de confirmer cette estimation, car nous n'avons pas pu obtenir de données sûres de plusieurs provinces. Cependant, même selon la ministre, la surfacturation représente moins de 2 p. 100 du prix total des consultations médicales. Cette proportion va d'ailleurs en s'amenuisant. Donc, l'assurance-maladie n'est pas menacée, le régime ne souffre pas d'érosion.

[Text]

To what extent will the Canada Health Act improve accessibility? Data from the provincial medical care plans show that utilization of services is increasing every year and that more than 85% of Canadians now see a physician at least once, and on average, six times a year.

• 0915

If one excludes the "healthiest group", young and middle age males, this rises to over 90%.

How will the Canada Health Act materially increase this percentage? Should it be increased when the provinces are concerned about over utilization of services and the medical profession are taking steps to monitor and control increasing use of services? Automatic eligibility for all citizens should improve accessibility. Although we understand that at present delinquency in premium payments does not restrict access to needed services, the delinquent taxpayer is required to pay a portion or all of any outstanding premiums, but this legal requirement will probably exist whether the Canada Health Act is passed or not.

The Canadian Medical Association believes current levels of extra-billing pose no major threat to accessibility. We acknowledge some problems in particular specialties and geographic areas. However, such problems can be reduced if provincial governments and provincial medical associations co-operate. This is the traditional method which has been used in Canada in affecting improvements in the health care delivery system. The CMA has no final position on hospital user fees, although we think they may increase public awareness of health care costs. For instance, few Canadians realize that active treatment costs more than \$300 a day, and intensive care about \$1500. User fees and out-patient hospital departments can result in patients seeking more cost-effective care in doctors' offices. Access to services is hampered by a lack of chronic care facilities, including those in hospitals, homes for the aged, custodial institutions and home care programs. As a result, many chronic care patients must be treated in acute care hospital beds. In some provinces, acute care hospitals are required to allocate a proportion of beds to chronic care. In Quebec, that allocation is 10%. However, in many hospitals, 20% or more of acute care beds are occupied by chronic patients.

This re-allocation of acute care beds causes a major barrier to access of health care services, resulting in fewer acute care beds being available and longer waiting lists. Accessibility is also impaired by the lack of specialized services and facilities. Many patients in the Atlantic provinces and in other compa-

[Translation]

Dans quelle mesure la Loi canadienne sur la santé améliorera-t-elle l'accessibilité. Des renseignements pris auprès des régimes provinciaux d'assurance-maladie nous permettent de constater que chaque année, on a de plus en plus recours aux services de santé, que plus de 85 p. 100 des Canadiens se rendent chez le médecin au moins une fois l'an et que la moyenne des visites est de six fois l'an.

Si l'on exclut le groupe le mieux portant, les jeunes hommes et les hommes d'âge moyen, cette proportion passe à plus de 90 p. 100.

Comment la Loi canadienne sur la santé va-t-elle accroître considérablement ce pourcentage? Ce pourcentage devrait-il augmenter alors que les provinces se préoccupent d'une trop grande utilisation des services et que la profession médicale prend des mesures pour refréner le recours accru aux services? L'admissibilité automatique de tous les citoyens devrait améliorer l'accessibilité. Même si nous comprenons que, à l'heure actuelle, le défaut de paiement des primes ne limite pas l'accès aux services nécessaires, le contribuable fautif est tenu de payer tout ou partie des primes en souffrance, mais cette obligation légale sera sans doute maintenue, que le projet de loi soit adopté ou non.

L'Association médicale canadienne estime que le degré actuel de surfacturation ne pré sente aucune menace grave à l'accessibilité. Nous savons qu'il y a des problèmes pour certaines spécialisations ou régions géographiques. Toutefois, une plus grande collaboration entre les autorités provinciales et les associations médicales des provinces pourrait contribuer à réduire ce problème. C'est la méthode que l'on a utilisée traditionnellement au Canada pour améliorer le système des soins de santé. L'A.M.C. n'a adopté aucune position définitive quant aux frais modérateurs, même si nous estimons qu'ils ne peuvent que sensibiliser le public au coût des soins de santé. Par exemple, très peu de Canadiens savent que les soins en milieu hospitalier coûtent plus de 300\$ par jour et les soins intensifs, quelque 1,500\$. L'existence de frais modérateurs et de services pour les malades externes pourrait inciter les patients à chercher à obtenir des soins moins coûteux dans les cabinets médicaux. La pénurie des installations de soins chroniques, que ce soit dans les hôpitaux, dans les maisons de retraite, dans les asiles ou encore, dans le cadre de programmes de soins à domicile, entrave l'accès aux services. Il s'ensuit donc que beaucoup de patients qui ont besoin de soins chroniques doivent être traités dans les hôpitaux où ils occupent les lits prévus pour les malades aigus. Dans certaines provinces, ce genre d'établissements doit réserver un certain pourcentage de lits pour les soins chroniques. Il s'agit de 10 p. 100 dans le cas du Québec. Toutefois, dans un grand nombre d'hôpitaux, 20 p. 100 ou plus des lits destinés aux malades aigus sont occupés par des patients chroniques.

Cette réaffectation des lits destinés aux malades aigus restreint considérablement l'accès aux soins de santé, ce qui fait qu'il y a beaucoup moins de lits de ce genre et que les listes d'attente sont beaucoup plus longues. Le manque de services et d'installations spécialisés réduit également l'accessibilité aux

[Texte]

nable areas in Canada must be referred to other medical centres because sophisticated facilities and equipment are not available locally. Transportation costs for patients and family members, as well as loss of income and other ancillary expenses, hamper accessibility. In many parts of Canada highly specialized tertiary care health services are available only in the larger centres. The Canada Health Act does nothing to improve this situation.

Now I will ask Dr. Vail to keep on. Dr. Vail.

Dr. W.A. Vail (Chairman, Board of Directors, Canadian Medical Association): Mr. Chairman, our health service insurance program was originally designed to provide additional funds to the Atlantic provinces to include quality and match standards in the more affluent provinces. The Atlantic provinces have tried to attain this standard. They have had to spend a larger share of their productive capacity for health care than any other province have. For the fiscal years 1982-83, it is estimated that Newfoundland, P.E.I., Nova Scotia and New Brunswick devoted, respectively, 8.6%, 12.4%, 7.7% and 8.3% of their gross domestic product to health care. In spite of these substantial provincial financial commitments, the level and range of services still lag behind those in other provinces.

Replacing physical plant and equipment is one reason. The increasing cost of the aged is another. In Prince Edward Island, 12.5% of the population is over 65 years of age, compared with a 9.5% average nationally.

The proposed Canada Health Act will effectively prevent some Atlantic provinces from catching up with other regions. They are suffering from substantial deficits. The elimination of non-taxed revenue sources without accompanying increases in federal contribution will make it more difficult for these provinces to maintain even current levels and ranges of health services.

• 0920

While the federal equalization payments to provinces compensate for disparities in provincial fiscal capacity, they do not address the problem of catch-up, including capital costs and the provinces' ability to pay for improvements in the quality of their health care systems. So the proposed Canada Health Act will force citizens in Atlantic Canada to accept a lesser quality of health care than will be available in other Canadian provinces. Health programs are being cut back in some of the Atlantic provinces and further cutbacks will be required if the Canada Health Act is passed. Surely the Minister did not intend this. Nor should it be acceptable to this committee.

[Traduction]

services. Beaucoup de patients des provinces de l'Atlantique et d'autres régions semblables au Canada doivent être renvoyés à d'autres centres médicaux parce que les installations et l'équipement spécialisés nécessaires ne sont pas disponibles localement. Les frais de transport pour les patients et les membres de leur famille, ainsi que la perte de revenu et autres dépenses connexes, réduisent aussi l'accessibilité. Dans bien des régions du Canada, les soins de santé tertiaires hautement spécialisés ne sont disponibles que dans les plus grands centres. La Loi canadienne sur la santé ne contient aucune disposition susceptible d'améliorer cette situation.

Le docteur Vail va poursuivre notre exposé. Docteur Vail.

Dr W.A. Vail (président, conseil d'administration, Association médicale canadienne): Monsieur le président, notre programme d'assurance-maladie a été conçu au départ pour fournir des fonds additionnels aux provinces de l'Atlantique pour leur permettre d'offrir des services de qualité égale à ceux qui sont disponibles dans les provinces plus riches. Les provinces de l'Atlantique ont essayé d'atteindre cet objectif. Elles ont été obligées de consacrer une plus grosse part de leur capacité de production aux soins de santé qu'aucune autre province. On a calculé qu'au cours de l'exercice financier de 1982-1983, Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick ont consacré respectivement 8.6 p. 100, 12.4 p. 100, 7.7 p. 100 et 8.3 p. 100 de leur produit interne brut aux soins de santé. Mais en dépit de ces engagements financiers considérables de leur part, le niveau et la variété des services offerts dans cette région n'ont pas atteint la qualité des soins de santé dispensés dans les autres provinces.

Le remplacement des installations et de l'équipement est un des facteurs à la base de cette situation. L'augmentation des coûts liée aux soins offerts aux personnes âgées est une autre considération qui entre en ligne de compte. En effet, 12.5 p. 100 de la population de l'Île-du-Prince-Édouard est âgée de 65 ans, alors que la moyenne nationale est de 9.5 p. 100.

Le projet de Loi canadienne sur la santé empêchera, à toutes fins pratiques, certaines provinces de l'Atlantique de rattraper les autres. Ces provinces souffrent de déficits considérables. La suppression de sources de revenu non imposables qui ne serait pas accompagnée d'augmentation des contributions fédérales entravera encore plus ces provinces dans leurs efforts mêmes de maintenir le niveau et la variété actuels de services de santé.

Même si les paiements de péréquation que le gouvernement fédéral accorde aux provinces contribuent à équilibrer les disparités fiscales, ils ne contribuent pas au rattrapage sur le plan des coûts d'investissement et de la capacité des provinces à financer pour l'amélioration de la qualité de leurs services de soins de santé. Donc, le projet de loi canadienne sur la santé obligera les résidents des provinces de l'Atlantique à accepter une qualité de soins de santé inférieure à celle qui est offerte dans les autres provinces canadiennes. Les programmes de santé ont subi des coupures dans certaines provinces de l'Atlantique et d'autres réductions encore seront nécessaires si cette loi est adoptée. Je doute que ce soit là l'intention du

[Text]

Newfoundland, P.E.I. and New Brunswick find it hard to attract and retain medical specialists. Elsewhere in Canada there is a perception of an over-supply in medical manpower. British Columbia has proposed a freeze on a number of physicians who may bill the medicare system. Quebec has introduced a substantial payment differential for new physicians in order to redistribute manpower between urban and remote areas. We are concerned about conflicting attitudes and decisions. For example, the University of British Columbia is increasing the number of its graduates in apparent contradiction to conventional wisdom in that province. The suggestion has been made to your committee that at least one Canadian medical school should be closed. At the same time we continue to bring into Canada 200 to 250 foreign medical graduates each year. Wherever possible young Canadian medical school graduates should be given the opportunity to provide future medical service for Canadians. The Canadian Medical Association believes that all of these problems must be addressed. It is essential that we plan properly for future medical manpower requirements, production and distribution. Recognizing the mobility of the profession, and the varying abilities of our medical schools to train specialists, a high degree of co-operative effort will be required from our provincial governments, medical schools and the profession.

For the past two years, the Canadian Medical Association has been evolving a manpower data bank to address manpower questions rationally. The bank now contains data on more than 85% of Canadian physicians, and we expect this year to be able to project future needs for physicians.

Mr. Chairman, there has been a great deal of discussion as to whether the federal government or the provincial governments have been contributing their fair share of costs of these health insurance programs. Differing statistics obviously add to the confusion. Both levels of government have made unilateral decisions which have reduced moneys available to pay program costs. The federal government eliminated the revenue guarantee payments. Provincial governments restricted payments on the grounds of financial necessity. We are not here to allocate blame.

The CMA believes insufficient funds are being provided to the system, and the Canadian Health Act will exacerbate this condition. Today's more pressing problem is capital funding of hospitals and chronic care institutions. Much existing plant is antiquated and replacement equipment extremely expensive. Inadequate financing increasingly forces hospitals to raise funds to purchase new equipment. Often hospital auxiliaries, service clubs, foundations are prepared to give the money for

[Translation]

ministre. De toute façon, le Comité ne devrait pas accepter cela.

Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick ont beaucoup de difficultés à attirer et à garder les spécialistes. Dans d'autres régions du Canada, on a l'impression qu'il existe un excédent de main-d'oeuvre dans ce secteur. La Colombie-Britannique a proposé que l'on gèle le nombre de médecins autorisés à présenter leurs notes au système d'assurance médicale. Le Québec a instauré un barème de paiements qui comporte des différences considérables pour les nouveaux médecins, dont le but de redistribuer la main-d'oeuvre entre les centres urbains et les régions reculées. Ce qui nous inquiète, c'est cette disparité des attitudes et des décisions. Par exemple, l'université de la Colombie-Britannique a augmenté le nombre de ses diplômés en contradiction manifeste avec la politique officielle de cette province. Certains ont même prétendu devant votre Comité qu'il conviendrait de fermer les portes d'au moins une faculté de médecine canadienne. Mais en même temps, nous continuons d'attirer au Canada de 200 à 250 diplômés de médecine étrangers par année. Dans la mesure du possible, les jeunes diplômés d'écoles canadiennes devraient avoir l'occasion de pourvoir aux besoins médicaux futurs des Canadiens. L'Association médicale canadienne estime qu'il conviendrait de se pencher sur tous ces problèmes. Il est essentiel que nous planifions efficacement nos besoins futurs en matière de main-d'oeuvre, de production et de distribution dans le domaine médical. Compte tenu de la mobilité de cette profession, des capacités différentes de nos facultés de médecine pour ce qui est de former des spécialistes, nos gouvernements provinciaux, les facultés de médecine et les membres de la profession devront faire preuve d'un grand esprit de collaboration.

Depuis deux ans, l'Association médicale canadienne travaille à mettre sur pied une banque de données en matière de main-d'oeuvre pour essayer d'aborder ces questions logiquement. La banque contient à l'heure actuelle des données sur plus de 85 p. 100 des médecins canadiens et nous comptons pouvoir cette année prévoir les besoins futurs en matière de médecins.

Monsieur le président, on a beaucoup parlé de la question de savoir si le gouvernement fédéral et les autorités provinciales assument leur juste part des coûts de ces programmes d'assurance maladie. Les statistiques contradictoires ont, bien entendu, ajouté à la confusion. Les deux paliers de gouvernement ont pris des décisions unilatérales qui ont diminué les fonds affectés au paiement de ces programmes. Le gouvernement fédéral a supprimé les paiements de garantie de revenu. Les gouvernements provinciaux ont restreint leurs paiements en invoquant leur obligations financières. Nous ne sommes pas ici pour blâmer qui que ce soit.

L'Association médicale canadienne estime que les fonds affectés au système sont insuffisants et que la Loi canadienne sur la santé ne peut qu'exacerber cette situation. Il y a un problème beaucoup plus urgent qui est le financement des hôpitaux et des établissements de soins chroniques. Beaucoup d'installations sont désuètes et l'équipement de remplacement coûte très cher. Le manque de fonds force de plus en plus d'hôpitaux à essayer de trouver ailleurs l'argent nécessaire

[Texte]

such equipment, but their gifts must be refused because the provinces cannot pay the operating costs. Hospitals, physicians, nurses and the other health care partners in providing health care services are working under extremely difficult conditions imposed primarily by lack of funding. It is in this context that the Canada Health Act seems so anomalous. It would prevent in the foreseeable future the use of any moneys except tax or premium tax dollars to provide funds for the system.

Canada's aging population and our technological needs and advances pose two major problems. Canadians over 65 years represent 9.5% of our population. By the year 2031 this percentage is expected to reach 20.2%. Care of the aged is more expensive than that of younger people, so health care costs will escalate. Hospital in-patient costs are the highest component of the Health Care bill. The 65 and over age group has the highest rate of admission and the longest average length of stay; 12.3 days in the 45 to 64 age groups, 24.3 days in the 65 and over age group.

Significant recent technological medical advances have increased the quality of care. Ultrasound, sophisticated prostheses, computerized axial tomography, nuclear magnetic resonators, etc., are particularly expensive. Obviously the cost of new medical technology must be weighed against its benefits. However, Canadians expect the highest-quality health care and will not voluntarily accept anything less. We believe politicians would be unwise to reduce the quality of health care, particularly through legislation that restricts the ability of Canadian citizens to spend their own money to obtain care that is not provided by the closed public system.

The proposed Canada Health Act will inevitably produce a two-tier health care system, with those who can afford to go to the United States or other countries for the care they want, and another level for those who must stay at home. Such a two-tier system would broaden public demand for private services in Canada. This is what happened in the United Kingdom and is happening in Denmark.

Two years ago the CMA established a task force on the allocation of health care resources, asking a group of prominent Canadians to examine the impact of new technology and of an aging population on our health care insurance system. This task force, Mr. Chairman, will report in June of this year. We believe it is folly to circumscribe the conditions for the future funding of our health care system prior to analysis of at least the preliminary results of this report. We believe a vast majority of Canadians would wish this committee and this country to proceed slowly and await all of the facts before making decisions which would bind the future development of our health care system for many years.

[Traduction]

pour financer l'achat d'un nouvel équipement. Les bénévoles en milieu hospitalier, les associations civiques et les fondations sont souvent disposés à accorder des fonds pour l'achat de ce genre d'équipement, mais leur don doit être refusé parce que les provinces ne peuvent pas assumer les frais de fonctionnement. Les hôpitaux, les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé travaillent dans des conditions extrêmement difficiles, qui sont en grande partie attribuables au manque de fonds. C'est pourquoi la Loi canadienne sur la santé nous semble une telle anomalie. Elle empêcherait dans un avenir rapproché l'utilisation de quelque fonds que ce soit à l'exception des impôts ou des primes pour financer le système.

Le vieillissement de la population canadienne et nos besoins en matière de technologie et de recherche présentent deux problèmes graves. En effet, 9,5 p. 100 de la population canadienne sont âgés de plus de 65 ans. En l'an 2031, ce pourcentage devrait atteindre 20,2 p. 100. Les soins aux personnes âgées sont plus coûteux, ce qui veut dire que les coûts des soins vont augmenter. Les soins pour les patients en milieu hospitalier constituent l'élément le plus considérable des coûts du système des soins de santé. Le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus enregistre le plus haut taux d'admission et la plus longue durée de séjour en milieu hospitalier: 24,3 jours contre 12,3 jours pour les personnes âgées de 45 à 64 ans.

• 0925

Les progrès technologiques récemment réalisés en médecine ont permis d'acroître la qualité des soins. Les ultra-sons, les prothèses perfectionnées, la tomographie axiale informatisée, les résonateurs nucléaires magnétiques, etc, sont particulièrement coûteux. Il est évident que le coût des nouvelles techniques médicales doit être apprécié en fonction de leurs avantages. Toutefois, les Canadiens n'accepteront pas volontairement des services de santé de qualité médiocre. Nous estimons que les milieux politiques auraient tort de lésiner sur cette qualité, surtout par une loi qui empêcherait les citoyens canadiens de dépenser ce qu'ils souhaitent pour obtenir des soins qui ne sont pas offerts par les services publics.

Le projet de loi canadienne sur la santé aboutira inévitablement à un système comportant deux niveaux, un pour ceux qui peuvent se permettre d'aller aux États-Unis ou dans d'autres pays recevoir les soins qu'ils désirent, un autre pour ceux qui ne peuvent se le permettre. Un tel système enflera la demande de services privés au Canada. C'est ce qui s'est produit au Royaume-Uni et c'est également ce qui se passe au Danemark.

Il y a deux ans, l'Association médicale canadienne a mis sur pied un groupe d'étude sur la répartition des ressources dans le domaine de la santé. Elle a demandé à un groupe de personnalités canadiennes d'examiner l'incidence de la technologie nouvelle et du vieillissement de la population sur notre régime d'assurance-maladie. Ce groupe d'étude doit présenter son rapport en juin prochain. Nous estimons qu'il serait aberrant de limiter les conditions du financement de nos services de santé avant d'avoir au moins analysé les résultats préliminaires de ce rapport. La grande majorité des Canadiens souhaitent certainement que ce Comité et notre pays procèdent lentement et attendent tous les faits avant de prendre des décisions qui

[Text]

Although there are serious problems, there is no current crisis. We would therefore propose that this committee recess after its current hearings to enter into a dialogue with the many, many Canadian groups, including the Minister of Finance of Canada and of the provinces, who have an interest in this important subject, before making such drastic final decisions on the future of our health care system.

Mr. Chairman, with your permission, I would like Dr. McPherson to continue.

Dr. Alex McPherson (President-Elect, Canadian Medical Association): Mr. Chairman, in these discussions the committee should address certain specific provisions of the proposed legislation. The preamble states, in part:

... Canadians ... desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease ...

Mention of mental health hospitals in federal legislation is particularly paradoxical. The federal government has consistently refused to make any financial contribution to mental health hospitals. If the federal legislation is to reflect the desires of the Canadian people, it should provide for payments to the provinces for this important element of health care.

The preamble goes on to state:

... continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians ...

The Bill considers only extra-billing and user fees, ignoring other costs such as travel and loss of income when patients and families are referred to other centres for necessary care. But the Bill also overlooks the most important financial barrier: inadequate funding. This has led to inordinate delays in admitting patients to acute care beds, inadequate institutional facilities for chronic care home care programs to maintain patients out of institutions, and a lack of money to launch new methods of delivering health services.

To satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province:

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions, and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons ...

Clause 12.(a) calls for "reasonable access" to services by insured persons. Other clauses of the Bill require absolute access to services by eliminating extra-billing and user fees. If the Bill requires removal of all financial barriers, then the word "reasonable" should be changed to "absolute" or "free".

[Translation]

auraient pendant des années des répercussions sur l'avenir de nos services médicaux.

Bien qu'il y ait de sérieux problèmes, il n'y a pas actuellement de crise. Nous proposons donc que le Comité après ses audiences, prenne le temps de dialoguer avec les très nombreux groupes canadiens, notamment le ministre des Finances et les provinces, qui sont concernés par ce sujet important, avant de prendre des décisions radicales sur l'avenir de nos services de santé.

Si vous permettez, monsieur le président, j'aimerais que M. McPherson poursuive.

M. Alex McPherson (président élu, Association médicale canadienne): Monsieur le président, le Comité devrait se pencher sur certaines dispositions spécifiques du projet de loi. Le préambule dit notamment:

... les Canadiens ... désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies ...

Il est notamment paradoxal de parler d'hôpitaux pour malades mentaux dans un projet de loi fédéral. Le gouvernement fédéral a toujours refusé d'apporter une contribution financière à ces établissements. Si la loi fédérale doit refléter les désirs de la population canadienne, elle doit également verser les sommes nécessaires aux provinces pour cet élément important des soins de santé.

Je lis ensuite dans le préambule:

... l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacles financiers ou autres, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens ...

Le projet de loi ne considère que la surfacturation et les frais modérateurs et néglige les autres coûts que sont les voyages et la perte de revenus lorsque les patients et leurs familles sont envoyés dans d'autres centres pour certains soins. Le projet de loi néglige également l'obstacle financier le plus important: le fait qu'il n'y a pas suffisamment de fonds. Cela s'est traduit par des retards graves dans l'admission de patients aux hôpitaux pour maladie aigüe, par des installations inadéquates pour les programmes de soins chroniques à domicile afin que les patients puissent rester chez eux et par une carence de fonds pour essayer de nouvelles méthodes pour dispenser les services de santé.

La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé:

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services ...

L'alinéa a) de l'article 12 préconise «un accès satisfaisant» aux services pour les personnes assurées. D'autres articles du projet de loi exigent un accès absolu aux services en éliminant la surfacturation et les frais modérateurs. Si le projet de loi exige la suppression de tout obstacle financier, le terme «satisfaisant» devrait être remplacé par «absolu» ou «gratuit».

[Texte]

Clause 12.(c) says:

... (c) must provide for reasonable compensation for insured health services rendered by medical practitioners or dentists ...

Clause 12.(c) states as a requirement that the health care insurance plan of a province must provide for "reasonable compensation" for insured health services rendered by medical practitioners or dentists. We understand the minister has told the House and this committee that she is considering changes to this clause. We believe change is necessary.

• 0930

Banning extra-billing will eliminate the economic freedom and eventually reduce the professional freedoms of physicians and could cause an exodus of highly qualified Canadian physicians. At the very least, it removes one of the medical profession's few bargaining advantages. In Ontario the proportion of physicians who opt out of medicare has been directly related to the profession's perception of the inadequacy of payment levels. This fact was reflected in negotiations with government.

At this point, Mr. Chairman, I would like to make a few parenthetical comments. I would like to remind the committee of a comment by Robert Maynard Hutchins, who said:

The death of a democracy is not likely to be by assassination from ambush but a slow extinction from apathy, indifference and undernourishment.

We physicians cannot be apathetic or indifferent about our freedoms—and God knows we cannot be accused of being undernourished.

If the Canada Health Act is passed, physicians will virtually become a type of state employee, bound by provincial legislation as to payment but without the advantages of collective bargaining status enjoyed by other civil servants or dependent contractors. This loss of professional independence will force physicians to adopt union-like approaches.

If Parliament proceeds with Bill C-3, this clause must be amended to require provincial legislation that provides a realistic status for collective bargaining and settlement of disputes in each province similar to that provided for the public servants of Canada under the Public Service Staff Relations Act of 1967.

It would be contrary to the principles of medicare as outlined by the Hon. Justice Emmett Hall and indeed unjust for Parliament to deprive the medical profession of its only meaningful bargaining tool without providing another framework for negotiations. A fair balance of power must provide for the payment of adequate amounts to hospitals including hospitals owned or operated by Canada in respect of the cost of insured health services.

The word "adequate" in this clause is meaningless. The clause should be reworded to include a commitment by the federal government to provide its share of health care costs now and in the future.

[Traduction]

L'alinéa c) de l'article 12 porte:

c) ... prévoit une rémunération raisonnable des services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes ...

Cet alinéa exige que le régime provincial d'assurance-santé prévoit une «rémunération raisonnable» des services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes. Le ministre semble avoir déclaré à la Chambre et au Comité qu'elle envisage de modifier cet article. Nous pensons que c'est en effet nécessaire.

Interdire la surfacturation éliminerait en effet la liberté économique et finirait par diminuer les libertés professionnelles des médecins ce qui risquerait de provoquer un exode des médecins canadiens les plus qualifiés. Cela supprimerait tout du moins un des rares atouts de négociation de la profession médicale. En Ontario, la proportion de médecins qui ont renoncé à être conventionnés est directement liée à leur perception de l'insuffisance des paiements. Ce fait s'est reflété dans les négociations avec le gouvernement.

J'aurais maintenant quelques observations à faire entre parenthèses. Tout d'abord, rappeler au Comité une observation de Robert Maynard Hutchins qui a déclaré:

La démocratie ne mourra vraisemblablement pas suite à un assassinat mais s'éteindra doucement du fait de l'apathie, de l'indifférence et d'une sous-alimentation.

Nous, médecins, ne pouvons rester apathiques ni indifférents quant à nos libertés et Dieu sait que l'on ne peut nous accuser d'être sous-alimentés.

Si la Loi canadienne de la santé est adoptée, les médecins deviendront pratiquement des employés d'État, liés par les lois provinciales quant à leur rémunération mais ne jouissant pas des avantages des négociations collectives dont jouissent d'autres fonctionnaires ou entrepreneurs non indépendants. Cette perte d'indépendance professionnelle forcera les médecins à adopter des attitudes de type syndicaliste.

Si le Parlement adopte le projet de loi C-3, cet article devra être modifié pour exiger que les lois provinciales prévoient des droits de négociations collectives et de règlement des conflits similaires à ceux dont jouissent les fonctionnaires canadiens aux termes de la Loi sur les relations de travail dans la Fonction publique adoptée en 1967.

Ce serait contraire aux principes d'assurance-médicale énoncés par le juge Emmett Hall et il serait d'ailleurs injuste que le Parlement prive la profession médicale de son seul véritable outil de négociation sans lui offrir un autre cadre de négociation. Un juste équilibre des pouvoirs doit prévoir le paiement de sommes suffisantes aux hôpitaux, notamment aux hôpitaux qui appartiennent au Canada et sont gérés par le Canada, pour ce qui est du coût des services de santé assurés.

Le terme «satisfaisant» dans cet article ne veut rien dire. L'article devrait être reformulé pour inclure un engagement du gouvernement fédéral à offrir sa part des frais de services de santé aujourd'hui et à l'avenir.

[Text]

Clause 18:

In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in Section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

We understand that this clause is intended to penalize physicians who extra-bill. However, as written the clause also penalizes patients by removing benefits they now have. In fact, Clause 18 seriously curtails current health insurance benefits.

Surely it is neither the minister's nor this committee's intent to force the provinces to penalize patients. Some would suggest it would be politically unwise.

If the intent is to penalize physicians, not patients, the clause should be amended by adding the words "to medical practitioners or dentists" after the word "province".

The clause would then read:

In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in Section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province to medical practitioners or dentists for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists. Where a province fails to comply with the conditions set out in Section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where such information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

• 0935

Clause 20 links penalties to amounts charged by physicians. There is often a difference between the amount a physician charges and the amount actually collected. To reflect this, the word "charge" should be replaced by the word "received". Again, parenthetically, Mr. Chairman, I would comment on a circumstance occurring regularly at this time in the Province of Alberta in the City of Lethbridge.

Clause 22, under "Regulations":

The Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

(a) prescribing the procedures excluded from eligible surgical-dental services;

(b) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition "extended health care services" in section 2;

[Translation]

L'article 18:

Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, au terme de son régime d'assurance santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

Il semble que cet article veuille pénaliser les médecins qui font de la surfacturation. Toutefois, tel que libellé, il pénalise également les patients en leur retirant les avantages dont ils disposent aujourd'hui. En fait, l'article réduit sérieusement les prestations d'assurance santé actuelles.

Il est bien évident que ni le ministre, ni le Comité, n'a l'intention d'obliger les provinces à pénaliser les patients. Certains diraient que ce serait politiquement mal avisé.

Si l'intention est de pénaliser les médecins et non les patients, il faudrait modifier cet article en ajoutant après «versement» les termes suivants «aux médecins ou aux dentistes».

L'article donnerait donc:

Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, au terme de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement aux médecins ou dentistes de montants à l'égard des services de santé assurés qui font l'objet de surfacturation par les médecins ou dentistes. Lorsqu'une province ne se conforme pas aux conditions énoncées à l'article 18, on déduira des montants qu'elle reçoit pour un exercice financier une somme que le ministre, à partir des renseignements reçus au terme des règlements, juge avoir été imposés par surfacturation par les médecins ou dentistes de la province au cours de cet exercice financier ou, lorsque ces informations ne sont pas fournis conformément au règlement, une somme que le ministre estime avoir été ainsi facturée.

L'article 20 établit un lien entre les pénalités et la surfacturation effectuée par les médecins. Il y a souvent une différence entre le montant facturé par un médecin et le montant versé en paiement. Compte tenu de cela, il vaudrait mieux remplacer le terme anglais «charge» par «received». A ce propos, je vous rappelle la situation qui se produit régulièrement à l'heure actuelle à Lethbridge en Alberta.

Article 22, règlement:

Le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment, sans que soit limitée la portée générale de ce qui précède:

a) déterminer les actes exclus des services de chirurgie dentaire admissibles;

b) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

[Texte]

(c) prescribing the services excluded from hospital services;

(d) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which such information shall be provided; and

(e) prescribing user charges that are excluded from the requirements of section 19.

This clause gives the federal government a one-sided authority to prescribe, by regulation, issues which must be determined only by negotiation and agreement with the provinces. The introduction should be amended to insert the words "after agreement has been reached with the provinces".

Clause 23, "Report to Parliament":

The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

This clause, Mr. Chairman, gives the Minister the responsibility to report on the adequacy of specific criteria within provincial programs. It does not require the Minister to address the question of federal government contributions and their adequacy. The Minister should be required to address this question in the annual report.

The Canadian Medical Association, Mr. Chairman, respectfully requests that the committee consider these proposals. As stated previously, we believe that many Canadian groups should be consulted. Many of them support the CMA's point of view; others will have very different recommendations to make. We believe that all these views should be heard and assessed before the committee completes its analysis of this legislation. The CMA particularly agrees with that portion of the preamble of the Act which states:

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

We agree with this statement but, unfortunately, nothing in the drafting of this Act is consistent with it. Nonetheless, we offer governments the benefits of our knowledge, experience and expertise in the continuing efforts to improve the health care of Canadians.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Dr. McPherson and gentlemen.

May I remind the committee before starting that I think both the questions and the answers should be addressed

[Traduction]

c) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

d) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leurs communications;

e) prévoir les frais modérateurs non assujettis aux exigences dans l'article 19.

Cet article donne au gouvernement fédéral le pouvoir unilatéral de prendre, par règlement, des mesures portant sur des questions qui doivent être déterminées seulement par des négociations et en accord avec les provinces. Il faudrait modifier l'introduction en ajoutant l'expression «après un accord avec les provinces».

Article 23, «Rapport au Parlement»:

Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, indiquant notamment dans quelles mesures les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versements prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les 15 premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

Cet article, monsieur le président, donne au ministre la responsabilité de faire un rapport concernant l'acceptabilité de critères précis des régimes provinciaux. Il n'oblige pas le ministre à tenir compte des contributions du gouvernement fédéral et à déterminer si elles sont suffisantes. Le ministre devrait avoir l'obligation de traiter de cette question dans le rapport annuel.

L'Association médicale canadienne demande respectueusement au Comité de considérer ces propositions. Comme nous l'avons déjà dit, nous croyons qu'il faudra consulter de nombreux groupes canadiens. Beaucoup d'entre eux appuient la position de l'A.M.C.; d'autres auront des recommandations très différentes à vous soumettre. Nous croyons qu'il faudrait entendre tous ces points de vue et les évaluer avant de terminer votre analyse de ce projet de loi. L'A.M.C. tient à souligner qu'elle appuie la partie du préambule de la loi qui dit:

... que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens;

Nous sommes d'accord avec cette affirmation mais malheureusement la rédaction du projet de loi n'en tient nullement compte. Malgré cela, nous offrons aux gouvernements les fruits de nos connaissances et notre expérience dans le but d'améliorer les soins médicaux pour la population canadienne.

Nous vous remercions, monsieur le président.

Le président: Merci, docteur McPherson et messieurs.

Je rappelle aux membres du Comité que c'est par l'entremise du président que vous devrez poser vos questions et

[Text]

through the Chair today, as they should be ordinarily. I will ask Mr. Epp to lead off.

M. Marceau: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: Monsieur Marceau.

M. Marceau: Malgré la déclaration du président, M. Coffin, voulant que le mémoire nous parvienne en français dans les dix jours, je trouve cette décision inacceptable et fort regrettable.

Les omnipraticiens du Québec qui ont déclaré toucher 45 p. 100 de moins que l'ensemble des médecins canadiens ont eu la délicatesse de nous présenter leur mémoire dans les deux langues.

• 0940

Je pense, monsieur le président, qu'il est inacceptable qu'une élite de la société n'ait pas eu la délicatesse de présenter un mémoire dans les deux langues. Il s'agit là d'un droit qui doit être respecté, surtout par vous qui réclamez davantage de la société et de ceux qui ont des décisions à prendre. Les francophones jouent dans ce processus un rôle important, ou du moins un rôle égal à celui que jouent les membres de l'autre collectivité.

Je tiens donc à dire que je suis profondément déçu que cette présentation nous ait été faite dans une seule langue.

Le président: Docteur Coffin.

Dr Coffin: Monsieur le président, j'accepte la remarque du membre du Comité, et je saisis bien la délicatesse du problème. Seulement, nous avions demandé à présenter le mémoire vers le milieu de mars, et nous n'avons pas eu le temps de le faire traduire.

The Chairman: Thank you. Mr. Marceau.

M. Marceau: Monsieur le président, je voudrais simplement ajouter que le français n'est pas utilisé que pour la traduction. Nous sommes dans un pays bilingue où les deux langues, le français et l'anglais, ont un statut officiel égal. Ce n'est pas une traduction que nous voulons, c'est une présentation dans les deux langues officielles du pays.

Mr. Epp: On that point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: I do not want to take issue with what the hon. member says, but I do want to remind him of the manner in which committees operate in this House, and that is that it has always been the work of the committee secretariat that the brief presented in either official language is then translated. I do not think I have ever sat on a committee at which a committee member, or the committee itself has demanded that a brief must be in both official languages; it is obviously preferable, but I do not think it has ever been a demand of a committee to witnesses that the brief must be in both official languages.

M. Lachance: J'invoque le Règlement, monsieur le président, et l'on conclura peut-être là-dessus, si vous le permettez.

J'aimerais ajouter que je suis d'accord avec le député de Provencher. Il est exact que les témoins ont le droit absolu de

[Translation]

donner vos réponses, conformément à la procédure. M. Epp va commencer.

Mr. Marceau: A point of order, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Marceau.

Mr. Marceau: Although Dr. Coffin, the president said that the brief would be made available to us in french within ten days, I find this decision unacceptable and very regrettable.

The general practitioners of Quebec who stated that they earn 40% less than their counterpart in the rest of Canada were thoughtful enough to present their brief in both languages.

I think that it is unacceptable for an elite group of our society not to show enough thoughtfulness to present the brief in both languages. This is a right that must be respected, especially by you who are demanding more from society and from society's decision makers. Francophones play an important role in this process, or at least a role equal to that played by the members of the other community.

I therefore feel obliged to say how disappointed I am that your presentation was made to us in only one language.

The Chairman: Dr. Coffin.

Dr. Coffin: Mr. Chairman, I accept the member's remarks and I realize that it is a delicate matter. However we asked to present the brief around the middle of March and we did not have the time to have it translated.

Le président: Merci. Monsieur Marceau.

Mr. Marceau: Mr. Chairman, I would just like to add that French is not a language of translation. It is an equal language. We are in a bilingual country where both languages have an official status of equality. We are not asking for a translation but a presentation in both official languages of the country.

M. Epp: Au même sujet, monsieur le président.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Je ne veux pas contester ce que dit l'honorable député mais je tiens à lui rappeler la façon de procéder des comités de la Chambre. D'après notre procédure, c'est au secrétariat du Comité de faire traduire un mémoire présenté dans une des langues officielles. Je ne me souviens pas avoir assisté à une réunion d'un comité où il a été exigé que le mémoire soit soumis dans les deux langues; évidemment, cela est préférable mais je ne connais aucun comité où il a été imposé aux témoins d'avoir un mémoire dans les deux langues officielles.

Mr. Lachance: On the same point of order, Mr. Chairman, after which the discussion may be closed, if you so desire.

I would like to add that I agree with the member from Provencher. It is true that the witnesses have the absolute right

[Texte]

présenter leur mémoire dans la langue de leur choix. Cependant, comme il s'agit, dans le cas présent, d'une association nationale, M. Marceau s'attendait à ce que cette association nationale ait la courtoisie de présenter son mémoire dans les deux langues. En ce sens, je suis d'accord avec lui. Ce n'est pas une question de droit, mais une question de courtoisie.

Mr. Epp: If I could just make one comment, and I do not want to prolong this.

I accept Mr. Lachance's interpretation. I believe that is exactly what I was saying. As I said to Mr. Marceau, I have no difficulty with the position he takes. I just think the record has to be very clear that this committee has not struck in another area, which other committees have chosen not to take up to now.

The Chairman: Are there any more on this point of order? If not, Mr. Epp, I will ask you to start the questioning.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I would like to say to our witnesses today—and I want to get down to some issues very quickly—that I am pleased that you are here because, if I can be quite blunt about it, you have been painted as the villains of the peace. A number of other witnesses have been before us, and have obviously been making statements quite different from those in your brief. I would obviously like to have an opportunity to explore those with you.

Before I do that, Mr. Chairman, I think it is important that what the CMA says, namely what is in the preamble of the bill, Bill C-3, and what has been stated by members on our side, and I think, maybe not quite as declaratory, by members of all sides, is that co-operation is still going to be needed if the medical or the health system is going to work, or perform as well as Canadians want it to perform.

I want to spend some time on this whole question of co-operation because in your brief certain statements are made which obviously have, or could have some very serious implications for the health care system down the road.

The first point I want to address is this question of the two-tier system. Witnesses prior to this morning have said that we have a two-tier system, and that a two-tier system is based on extra billing.

• 0945

Others have said that the two tier system is based not only on extra billing, but our first witness that we had said that we also have a two tier system because we have semi-private operations, semi-private beds. We have private beds. And that in itself is a two tier system. I happen to disagree with that interpretation, but there is no question that there is a feeling abroad that there is a two tier system. At the present time, because of extra-billing, and I will restrict myself to that concept this morning.

And you make a point in your brief that, a two tier system will in fact develop if, the Canada Health Act is passed. Obviously those two interpretations are in conflict with each other, so I would like to have your elaboration on why you feel

[Traduction]

to permit their brief in the language of their choice. However, as we are dealing with a national association, Mr. Marceau was expecting this group to have the courtesy to present its brief in both languages. On that point I agree with him. It is not a matter of rights but rather a question of courtesy.

M. Epp: Si vous permettez seulement un commentaire, je ne veux pas prolonger la discussion.

J'accepte l'interprétation de M. Lachance. Je crois que cela correspond à ce que je disais. Comme j'ai fait remarquer à M. Marceau, il m'est pas difficile de comprendre sa position. Mais je crois qu'il est important de préciser ici que le Comité ne commence pas une nouvelle pratique et n'impose pas une obligation inconnue jusqu'ici.

Le président: Y a-t-il d'autres observations? Si non, je vais vous donner la parole, monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Je suis content de voir nos témoins d'aujourd'hui car, à parler franchement, on vous a donné le mauvais rôle. Nous avons entendu de nombreux autres témoins dont les affirmations sont très différentes de celles qu'on trouve dans votre mémoire. J'aimerais donc en discuter avec vous.

Avant de le faire, monsieur le président, je crois qu'il est important de souligner ce qui a été dit par l'AMC au sujet du préambule du projet de loi, et c'est une position qui a été infirmée par des membres de notre partie et peut-être avec un peu moins de conviction par les membres des autres partis, c'est-à-dire que la collaboration sera nécessaire pour que fonctionne bien notre régime d'assurance-maladie.

Je voudrais consacrer du temps à toute cette question de la collaboration car votre mémoire comprend certaines affirmations qui pourraient avoir de très sérieuses implications pour notre régime d'assurance-maladie à l'avenir.

Tout d'abord, je voudrais parler d'un régime à deux niveaux. D'autres témoins ont prétendu que nous avons un régime à deux niveaux et cela à cause de la surfacturation.

D'autres affirment que les deux catégories de soins sont dues non seulement à la surfacturation mais également au fait qu'il existe des chambres privées et semi-privées dans les hôpitaux. Je ne suis pas d'accord sur ce point, mais il est certain que les gens ont l'impression que nous avons deux catégories de soins. Mais tenons-nous en à la surfacturation.

Vous affirmez dans votre exposé que si la Loi canadienne sur la santé est adoptée, c'est alors que nous aurons deux catégories de soins. Ces deux idées étant totalement contradictoires, je voudrais que vous m'expliquiez pourquoi, à votre avis,

[Text]

that extra-billing is not a two tier system, but that the Canada Health Act in fact would create a two tier system.

Dr. Coffin: Mr. Chairman, I would ask Dr. Baltzan to answer the question.

Dr. M. Baltzan: (Past President, CMA): Mr. Chairman, a two tier system is a magical word that unfortunately has no meaning unless you define it. It seems clear to me that two tier medicine is two tiers of medicine; one system of doctors and hospitals for the rich, and one system of doctors and hospitals for the poor, which exists in England now, and is developing in Denmark, and I suppose to some extent exists in the United States. As long as you have a sufficient input of funds into the system, as we have in Canada, we have one tier medicine. We do not have a separate set of doctors for the rich, and a separate set of doctors for the poor. We do not have a separate set of hospitals for the rich, and a separate set of hospitals for the poor.

It is true there are some doctors who bill beyond the government benefit schedule, which is a much more accurate term than the use of the word extra-billing, which in fact is negative. But they are bound by the code of ethics where the patient has difficulty to accept any reasonable fee. We are striving for perfection. We have come as close to a one tier system of medicine as anybody can humanly expect to achieve in this world. There is a higher percentage of government funding of physician costs in Canada than in any country this side of the Iron Curtain, and probably many countries the other side of the Iron Curtain. Over 98% of physician costs in Canada are borne by government, and less than 2% by patients; and that is a shrinking portion.

Mr. Epp: Could you then explain to me, Mr. Baltzan, why is it that in some provinces—and I exclude Quebec because of the legislation, and I exclude British Columbia because of the agreement . . . why is it then, that in provinces primarily such as Ontario and Alberta, but specifically Ontario, because that is obviously the highest dollar figure we look at; why in Ontario is there a history of extra-billing so much higher in proportion to that of other provinces?

Dr. Baltzan: Well, I think that we have vast cultural differences from other provinces. You might ask me to explain why there is a history in Newfoundland of not extra-billing, even though they have the right, or in Prince Edward Island. I think that the amount of extra-billing that goes on relates to the cultural characteristics of the province, the degree of affluence of the province, the supply of doctors, the wealth of the individuals. There are a variety of characteristics. But, incidentally, the number of physicians who opt out in Ontario, and who are therefore eligible to extra bill—because the only way you become eligible to extra bill in Ontario is to opt out—01 has declined from a high of about 19% per cent, three or four years ago, now down to 12% or 14%. So, even in the province of Ontario, it is indeed diminishing.

Mr. Epp: But Mr. Baltzan, we could use that example of Ontario with the high of 19% when there was a dispute between the Ontario government and specifically the hospital services, the OHIP level of fee schedules, and the request that doctors had made. We also had a similar situation in Prince

[Translation]

c'est l'adoption du projet de loi et non pas la surfacturation qui crée deux catégories de soins.

Dr Coffin: Je demanderais au Dr Baltzan de répondre à cette question.

Dr M. Baltzan (ancien président de l'Association canadienne des médecins): L'expression deux catégories de soins n'a aucun sens à moins qu'on la définisse. Ce que j'entends par là, c'est d'une part des médecins et des hôpitaux pour les riches et d'autre part, des médecins et des hôpitaux pour les pauvres, ce qui est déjà le cas en Angleterre et est en train de prendre de l'expansion au Danemark et aux États-Unis. Par contre, lorsque le système est convenablement financé comme cela était le cas jusqu'à présent au Canada, il n'existe qu'une seule catégorie de soins. Nous n'avons pas en effet des médecins et des hôpitaux desservant les riches et d'autres desservant uniquement les pauvres.

Les honoraires de certains médecins sont effectivement supérieurs au barème officiel, ce qui est une façon plus exacte de s'exprimer que la surfacturation qui a une connotation négative. Mais la déontologie médicale les oblige à accepter des honoraires moindres si les patients ne peuvent pas payer. Nous avons réalité pour autant que faire se peut une seule catégorie de soins valables pour tous. L'État au Canada prend charge d'un pourcentage plus élevé des honoraires médicaux que dans n'importe quel autre pays du monde libre, et sans doute même du monde communiste. En effet, 98 p. 100 des honoraires médicaux sont financés par l'État ce qui ne laisse que 2 p. 100 aux malades.

M. Epp: Comment se fait-il que dans certaines provinces, et je ne parle pas ici du Québec ni de la Colombie-Britannique, mais de l'Alberta et plus particulièrement de l'Ontario, la surfacturation ait atteint des proportions bien plus élevées que dans d'autres.

Dr Baltzan: Il faut sans doute attribuer ce phénomène à la différence culturelle. Comment se fait-il en effet qu'il n'y ait pas eu de surfacturation à Terre-Neuve ou dans l'Île-du-Prince-Édouard, alors que rien n'empêcherait le médecin de le faire? La surfacturation dépend sans doute de certains traits culturels, du niveau de richesse et du nombre de médecins. Je vous ferai d'ailleurs remarquer que seuls les médecins non conventionnés sont autorisés à faire de la surfacturation; or, en Ontario, le nombre de médecins non conventionnés est passé de 19 p. 100 il y a trois ou quatre ans à 12 ou 14 p. 100 actuellement, ce qui montre que ce phénomène est en voie de diminution dans la province.

M. Epp: C'est justement lorsque le nombre de médecins non conventionnés a atteint 19 p. 100 en Ontario qu'un différend a éclaté entre les autorités de la province et les médecins hospitaliers concernant le barème des honoraires médicaux. Une situation analogue s'est présentée dans l'Île-du-Prince-

[Texte]

Edward Island. Are you saying that if doctors would receive a fee schedule relatively close to their requests; that extra-billing by that concomitant argument would disappear totally?

Dr. Baltzan: The evidence to suggest that this will largely but not perfectly occur is absolutely overwhelming for the Province of Saskatchewan, where you can measure the amount of extra-billing by the percentage of bills which are sent directly to patients, because those are the only bills that can be extra billed. There is a 21-year history of medicare in the province of Saskatchewan. There is an absolute correlation between the level of the benefits scheduled and the percentage of bills sent to the patients.

• 0950

The medical profession is not a collective, and we cannot bind our members. There still may be some people who would continue to opt out and bill beyond benefit—we cannot bind everybody—but the vast majority all across this country clearly shows the correlation between the level of benefit and the percentage of extra-billing. To reduce the extra-billing dramatically it takes a relatively small increase in the level of benefit.

Mr. Epp: That takes me to the second point then. Dr. Coffin, I understand that the conversation through the chairman will primarily be with Dr. Baltzan.

I would like to get to the question of underfunding. The Canadian Hospital Association was before us the other day and they said they had overfunding in certain areas. You say there is underfunding. Here are two professional groups that come before Members of Parliament who are supposed to find their way through those two obviously conflicting statements of professionals. On underfunding, I agree with you totally that when the Minister of Health says that funding is not within her departmental responsibility, that that is the responsibility of the Minister of Finance . . . In fact, she used the same argument in Halifax in the September meeting with the provincial Ministers of Health, and the argument of the provincial Ministers of Health was: How can we look at the system if we do not also look at dollars? It was very plainly put.

What share of funding for health services today do you in your figures come up with that the federal government pays and that the provinces on average pay? The minister and her supporters will say it is 50.3% or thereabout. Obviously, it is insured services in the narrow or in the defined sense. The provinces will argue that it is approximately 40%. Where does the CMA put that figure?

Dr. B.E. Freamo (Secretary-General, Canadian Medical Association): Mr. Chairman, it depends very much on definition. The member prefaced his question by commenting that it was the share of health services. If you are talking about the overall costs of health services, the percentage is where the provincial ministers would state. If you are talking about the agreed shared programs between the federal government and the provinces, then the Minister of Health is right. So it all depends upon the definition you use in deter-

[Traduction]

Édouard. Pensez-vous que si les barèmes des honoraires médicaux étaient plus proches de ce que les médecins exigent qu'il y aurait moins de surfacturation?

Dr. Baltzan: Cela semble certainement être le cas d'après l'expérience de la Saskatchewan où l'on connaît le nombre exact de médecins faisant de la surfacturation car ce sont aussi ceux qui adressent leurs notes d'honoraires directement à leurs patients. L'assurance-maladie existe depuis 21 ans déjà en Saskatchewan. Or il existe une corrélation parfaite entre le barème des honoraires et le pourcentage de notes d'honoraires adressées directement aux patients.

Les médecins ne constituent pas un groupe homogène et nous ne pouvons pas les obliger à agir de telle ou telle façon. Il se pourrait que certains médecins préféreront de toute façon ne pas être conventionnés et exiger des honoraires plus élevés que ceux prévus par le barème; mais pour la vaste majorité des médecins, il existe une corrélation directe entre le barème des honoraires et le pourcentage de surfacturation. Il suffit d'une légère augmentation du barème des honoraires pour entraîner une baisse très sensible du taux de surfacturation.

M. Epp: Ce qui m'amène à ma deuxième question que je pose également au docteur Baltzan.

D'après l'Association canadienne des hôpitaux, il y aurait des fonds excédentaires dans certains secteurs alors que vous affirmez au contraire que les crédits sont insuffisants. Nous voilà donc confrontés avec deux points de vue contradictoires. Le ministre de la Santé affirme d'ailleurs que le financement de la santé ne relève pas de ses attributions mais bien de celui du ministre des Finances. C'est d'ailleurs ce qu'elle a répété au mois de septembre à Halifax lors de ses entretiens avec les ministres provinciaux de la Santé qui lui ont fait remarquer qu'il est impossible de parler santé sans parler en même temps de modalités de financement.

Quelle est d'après vous la part du gouvernement fédéral et la part des provinces dans le financement de soins de santé? Le ministre prétend que le fédéral paie environ 50,3 p. 100. Il s'agit bien entendu d'actes remboursés. D'après les provinces, le fédéral ne paye que 40 p. 100. Quels sont vos chiffres?

Dr B.E. Freamo (secrétaire-général, Association canadienne des médecins): Tout dépend de la définition que l'on retient. S'il est question de la totalité des frais de santé, c'est le pourcentage avancé par les ministres provinciaux qui est exact. S'il s'agit par contre des programmes partagés entre le fédéral et le provincial, c'est le ministre fédéral de la Santé qui a raison. Il s'agit donc au départ de savoir au juste de quoi on parle: 50 p. 100 de quoi.

[Text]

mining. Fifty per cent of what? It is very important to define the what.

The provinces feel that the federal government has not lived up to its commitments and that the commitments included the ability of the provinces to provide services other than the shared cost services. On that basis the federal government's financial commitment has not matched its promises to the provinces at that time.

The Chairman: Your last question for now, Mr. Epp.

Mr. Epp: Could you put me down for a second round, please?

I would like then to ask: In your assessment, as professionals in the health care field, if the present funding levels are retained, taking into consideration the nominal GNP growth as in the formula—I will leave the other parts out... You spent a lot of time in your brief on the ability to provide an adequate service in Atlantic Canada. What is your assessment, then, of services which especially residents of Atlantic Canada feel they are entitled to on the basis of national standards? Will the Canada Health Act improve, deteriorate or relatively keep at the same level the ability to deliver health care services, especially in Atlantic Canada, as residents of those areas now have those services?

Dr. Freamo: Mr. Chairman, the position in Atlantic Canada must deteriorate. It may have deteriorated anyway because of the fiscal capacity of those particular provinces, but the Act specifically excludes user fees, which are used in two Atlantic provinces. There is no way those provinces can get that money from any magic source. To the degree they have to give up that income they now receive, or be fined by the federal government for continuing to charge it, you are going to have to have cutbacks in services in Atlantic Canada.

• 0955

Traditionally within many parts of the Canadian fabric, but in health care and in fiscal matters, Ontario was considered to be the yardstick by which one measures the average. It is the largest province; it makes up the largest proportion of the average.

The Atlantic provinces estimate that at the moment they are about 20% below the average Ontario quality of health care system and that in some fashion that additional 20% has to be put into the system just to catch up. It has nothing to do with their ability to finance continuing costs, it is just to catch up.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp. I will go to Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Thank you, Mr. Chairman.

There are a few things to note this morning: a change in rhetoric in some places on the part of the Canadian Medical Association—welcome changes, I might add, although some that deserve comment.

The brief says that there is no current crisis in medicare. One would hardly know that from the tone of the ads of the Ontario Medical Association and other advertisements that the

[Translation]

Les provinces estiment qu'il avait été convenu à l'origine qu'elles devraient devoir de quoi à assurer des services autres que ceux et ont fait l'objet d'accords sur le partage des frais. Si tel est bien le cas, le gouvernement fédéral n'a effectivement pas respecté ses engagements financiers.

Le président: Ce sera votre dernière question monsieur Epp.

M. Epp: Je vous demanderais d'inscrire mon nom pour le deuxième tour.

Vous avez parlé longuement dans votre mémoire de la possibilité d'assurer des soins adéquats dans la région Atlantique du pays. À votre avis la nouvelle Loi canadienne sur la santé aura-t-elle pour effet d'améliorer, d'empirer ou de maintenir en l'état la qualité des soins dont bénéficie actuellement la population de la région Atlantique.

Dr Freamo: La situation va certainement empirer dans la région Atlantique. C'est d'ailleurs sans doute inévitable en raison de l'assiette fiscale de cette province mais l'interdiction de faire la surfacturation telle que prévue dans le projet de loi ne fera qu'aggraver la situation. Il n'existe pas de formule magique qui permette à ces provinces de trouver l'argent nécessaire. Si les honoraires des médecins diminuent ou si le gouvernement fédéral insiste pour imposer des amendes en cas de surfacturation, cela entraînera nécessairement une réduction de soins dans la région atlantique du pays.

L'Ontario, étant la province la plus peuplée du pays, a toujours servi de point de référence pour établir la moyenne et plus particulièrement en ce qui concerne la santé ou les questions fiscales.

Les provinces atlantiques estiment que la qualité des soins de santé dont elles bénéficient est de 20 p. 100 environ inférieure à celle de l'Ontario et qu'ils doivent donc trouver 20 p. 100 ne serait-ce que pour rattraper l'Ontario.

Le président: Merci, monsieur Epp. Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Merci monsieur le président.

C'est avec plaisir que je note un changement dans le langage de l'Association canadienne des médecins.

D'après le mémoire qui nous a été présenté aujourd'hui, l'assurance-maladie ne serait pas en crise au Canada. Voilà qui nous change de la publicité faite à ce sujet par l'Association

[Texte]

medical community has been responsible for, which have on the face of it had as their object the creation of a perception of crisis in medicare.

The other thing it is interesting to note is there has been an abandonment of the argument about the therapeutic value of extra-billing and an open admission that the amount of extra-billing directly correlates with the level of dissatisfaction that exists within the medical community with the most recent fee schedule in any given province. I think this is a welcome admission so we can stop talking about and having to hear about the fact that the cash transaction that exists as a result of extra-billing is somehow helpful to the patient; we now can deal with the fact of the matter, and that is that extra-billing is a purely economic phenomena which is related to physician dissatisfaction with their own incomes, and talk more realistically about that.

So I would like to question the witnesses. They express a number of legitimate concerns; for instance, about the underfunding of chronic care facilities, about problems that people experience with line-ups waiting to get into hospital, etc.

This bill deals with extra-billing, and I have been the first one to admit that more federal funding support for certain things may be in order, and I have consistently maintained that there needs to be a reopening of the federal-provincial partnership as far as funding is concerned. But what this bill does is prevent extra-billing.

Now could you please tell us how the extra-billing by physicians translates into more chronic care facilities, unless you are going to make a commitment here to donate all the money you get through extra-billing to nursing homes, because it seems to me and everybody else who has a look at it that the extra-billing by physicians is not money that puts more money into hospital care, it is not a thing that puts more money into alternative care, it is something that puts more money into doctors' pockets, and who knows where that might be spent?

Dr. Coffin: Dr. Baltzan, do you want to answer that?

Dr. Baltzan: Mr. Chairman, I think I can read, and the title of this Act is the Canada Health Act. Mr. Blaikie says it deals with extra-billing. I think it deals with health in Canada, and I think there is more to health in Canada than extra-billing. Health care costs Canadians \$1,200 a year; extra-billing costs Canadians \$2.75 a year. Now, does Mr. Blaikie wish to focus entirely on the \$2.75 or the other \$1,197.25? So there is indeed more to it than that.

Mr. Blaikie spent a considerable amount of time saying that we had retreated from positions that we previously held, many of which we never held except in his imagination.

• 1000

However, we do believe that so-called extra-billing exists for two purposes, and Mr. Blaikie knows this very well. It clearly has an economic implication; it is indeed a bargaining tool. But

[Traduction]

des médecins de l'Ontario et d'autres qui laissent justement entendre qu'il y a bel et bien crise.

Il n'est plus question non plus de la valeur thérapeutique de la surfacturation, le témoin admettant qu'il existe une corrélation directe entre la surfacturation et les barèmes des honoraires médicaux fixés par les provinces. Je suis bien content de l'entendre et je présume qu'on ne viendra plus nous raconter qu'il est bénéfique pour les patients de payer les médecins directement. Il est donc bien entendu que la surfacturation est un phénomène purement économique dû au fait que certains médecins jugent leur rémunération insuffisante.

Le témoin a signalé un nombre de problèmes graves, entre autres le manque d'argent dans les services pour malades chroniques et le fait qu'il faut souvent attendre pour être admis dans un hôpital.

Or le présent bill a pour seul objet d'empêcher la surfacturation. Je suis par ailleurs tout à fait d'accord pour dire que le gouvernement fédéral devrait allouer des crédits plus importants à certains services et que les accords entre le fédéral et les provinciaux sur les modalités de financement de soins de santé devraient être revus. Mais il s'agit en l'occurrence d'empêcher la surfacturation.

Je ne vois pas très bien comment la surfacturation pourrait améliorer les services pour les soins de malades chroniques car vous n'allez quand même pas me dire que les médecins versent cet argent dans les hôpitaux ou dans d'autres institutions.

Dr. Coffin: Dr. Baltzan, voulez-vous répondre à cette question?

Dr. Baltzan: Le projet de loi est intitulé Loi canadienne sur la santé. M. Blaikie prétend que ce projet de loi traite uniquement de la surfacturation. Or ainsi que son titre l'indique, ce projet de loi traite de la santé laquelle ne dépend pas de la seule surfacturation. Les Canadiens dépensent 1,200\$ par an pour la santé par habitant contre 2.75\$ par an pour la surfacturation. Qu'est-ce qui est plus important monsieur Blaikie, ces 2.75\$ ou les 1,197.25\$ restants? La surfacturation à elle seule n'explique pas tout le problème.

Les positions que M. Blaikie nous attribue et que nous aurions soi-disant abandonnées sont le fruit de sa seule imagination.

Toutefois, nous pensons que ce que l'on appelle la surfacturation existe pour deux raisons, et M. Blaikie le sait d'ailleurs très bien. Cette surfacturation a de toute évidence des

[Text]

that is not the sole purpose and the sole reason why physicians get into what has to be an absurd political position. Nobody in their right mind would be in the position of defending extra-billing. The second reason for the defence . . .

Mr. Blaikie: Many of you do it.

Dr. Baltzan: The second reason for the defence is that it permits physicians to practice independently. They can opt out of the system as free agents and they have their choice of either working within the system or without the system.

The danger we feel if all forms of opting out are removed is that physicians will be compulsorily conscripted into the medicare system, and that produces a very fundamental change that is far more than economic.

So to summarize, the phenomena of extra-billing and opting out have two significances: the pragmatic one of a negotiation significance; the theoretical humanistic one of professional and personal liberty.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, the witness did not answer my question. The Canadian Medical Association has consistently linked the continued existence of extra-billing to the underfunding question, which they in turn link to lack of support for various elements of the health care system such as chronic care. I want to ask you, if you were allowed to continue to extra-bill, how would this help other areas of the health care system, because you clearly imply that it would? How does more extra-billing translate into more money for other areas of the health care system? I would like that link to be established rather than simply stated.

Mr. Breau: More hospitals for the Atlantic provinces.

Dr. Baltzan: Mr. Chairman, I do not believe we ever said there was indeed a link. We have not talked about physician underfunding in the past two years, and it is absurd to think there can be a link, because extra-billing accounts for \$2.75 out of \$1,200. We have not said that the phenomena of extra-billing and opting out is related to an inadequate funding of the health care system as a whole.

Several years ago, before physicians' fees were elevated, which they were about three years ago, we complained about underfunding of the physician side of the system. And, appropriately, when the fees were raised the amount of extra-billing diminished. We have not made any statements in the past 18 months suggesting that there is indeed a general underfunding of the physician side of the system.

Mr. Blaikie: You stopped doing that because you were getting *Mau Mau'd* on that.

Are you now disagreeing with your sometimes erstwhile buddies the provinces who do make a link between underfunding—in this case, in their argument, federal underfunding—

[Translation]

implications économiques, en fait c'est un outil de négociation. Mais ce n'est pas la seule raison pour laquelle les médecins adoptent ce que l'on doit bien qualifier de position politique insensée. Personne qui est sain d'esprit ne saurait défendre la surfacturation. La deuxième raison c'est pour défendre . . .

M. Blaikie: Beaucoup d'entre vous le font.

Dr. Baltzan: La deuxième raison est que cela permet aux médecins de pratiquer la médecine en indépendant. Ils peuvent choisir de se retirer du système, c'est-à-dire de devenir indépendants, vu qu'ils ont un choix.

Nous pensons que si toutes les modalités de retrait du système sont éliminées, les médecins n'auront pas d'autre choix que de faire partie du système, ce qui entraîne un changement fondamental, et pas seulement économique.

Donc, pour résumer, la surfacturation et le retrait signifient deux choses: au plan pratique c'est un outil de négociation, au plan théorique il s'agit d'une question de liberté professionnelle et personnelle.

M. Blaikie: Monsieur le président, je dois dire que le témoin n'a pas répondu à ma question. L'Association médicale canadienne de tout temps a rattaché la surfacturation au manque de fonds, que l'Association rattache aussi au manque de subventions pour certains éléments du système de prestation de soins, par exemple les soins chroniques. Si vous pouviez continuer à surfacturer, en quoi cette pratique permettrait-elle d'aider d'autres secteurs de la santé, parce qu'il est clair que selon vous ce serait le cas? Je reformule donc ma question et je vous demande en quoi la surfacturation permettrait-elle d'aider financièrement d'autres secteurs de la santé? Je voudrais que vous me montriez où est le bien, plutôt de simplement l'affirmer.

M. Breau: Il y aurait plus d'hôpitaux pour les provinces Atlantiques.

Dr. Baltzan: Monsieur le président, je ne pense pas que nous ayons jamais prétendu qu'il existait un rapport quelconque. Nous n'avons pas parlé de la pénurie de fonds qu'ont éprouvés les médecins au cours des deux dernières années, et il est ridicule de penser qu'il puisse y avoir un rapport parce que la surfacturation représente 2.75\$ sur 1,200\$. Nous n'avons pas dit que la surfacturation et le retrait du système sont liés à une lacune dans le financement de tout le système.

Il y a plusieurs années, avant que les honoraires des médecins n'augmentent, c'est-à-dire il y a approximativement trois ans, nous nous sommes plaints du manque de fonds octroyé aux médecins pratiquant dans le système. Lorsque les honoraires ont été augmentés, on a constaté que la surfacturation a diminué en contrepartie. Au cours des 18 derniers mois, nous n'avons rien dit qui puisse laisser penser que les honoraires des médecins affiliés au système ne soient pas suffisamment élevés.

M. Blaikie: Vous avez cessé parce que cette question a provoqué une levée de boucliers.

N'êtes-vous plus d'accord avec certains de vos collègues de la province qui établissent un rapport entre le manque de fonds—dans ce cas il s'agit, selon eux, de fonds octroyés par le

[Texte]

and the existence of extra-billing? They have made that link quite clearly. So how do you respond to the provinces? You disagree with them then on this?

Dr. Freamo: Mr. Chairman, that is a very, very different question. The provinces in their negotiations with the medical profession have had an ability to negotiate with, say, 85% of the profession in Ontario, with the knowledge that 15% of the profession was opted out and therefore was not specifically bound by the terms of that agreement.

This has eased the negotiation problem for the provinces, and certainly they will see that if they are now going to try to negotiate with 100% of the physicians in the Province of Ontario it is going to be a much more expensive contract arrangement. And they can see that instead of the . . . I do not know how many million dollars have been attributed to opting out in Ontario, but that is going to be a very small part of the increase in cost to the provinces of a negotiated schedule which is going to include the other 15% of doctors.

One other point, Mr. Chairman, Mr. Blaikie should realize is that not all extra bills go into doctors' pockets. Certainly some do. But you will find out that in many parts of Canada the opted out dollars pick up a very substantial part of the underfunding of individual hospitals by supporting clinical research within those hospitals that doctors are expected to support, to give part of the money they earn to their hospitals. I think you will find that in many of our large hospitals the amount will vary between \$2 million and \$5 million a year, in terms of the operating costs of the hospital.

• 1005

The Chairman: The last question for now. I will ask Mr. Blaikie and then you can sum up. Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: There are so many things I would like to ask the doctors. Let us follow this line for a minute, and pick up the rest on the second round. Why is it that doctors feel that they alone, among many professions, must have this safety valve? Nurses cannot extra-bill their patients; judges cannot extra-bill people in the courtroom; teachers cannot extra-bill their students; Members of Parliament cannot extra-bill their constituents. Why are doctors special? Unless, Mr. Chairman . . . and let me float this analysis for just a minute.

It seems to me that the doctors without knowing it, are generating a sort of a Marxist argument about their own people.

Dr. Baltzan: Doctors were Marxists before they . . .

Mr. Blaikie: Listen, Mr. Chairman. What they are basically saying is that they are the last of the small artisans who do not want their labour to be integrated into the wage economy. They want to be able to continue as independent entrepreneurs, and they basically do not want to happen to them what has happened to almost everybody else over the last 200 years. I appreciate that sort of romanticism on their part, but why should you be excepted? It has happened to everyone else

[Traduction]

gouvernement fédéral—et la surfacturation? C'est un rapport qu'ils ont très clairement établi. Que répondez-vous aux provinces? Vous n'êtes pas d'accord avec elles à ce sujet?

Dr Freamo: Monsieur le président, c'est une question tout à fait différente. Dans leurs négociations avec le corps médical, les provinces ont pu négocier avec, disons, 80 p. 100 des médecins en Ontario, sachant que 15 p. 100 du corps médical avaient opté pour le retrait du système et en conséquence n'étaient pas tenu de respecter l'accord.

Les provinces ont pu négocier plus facilement, et elles se rendront certainement compte que, si elles souhaitent à l'heure actuelle négocier avec tous les médecins pratiquant en Ontario, les demandes seront beaucoup plus élevées. Au lieu de . . . Je ne saurais dire combien de millions de dollars ont été consacrés au retrait en Ontario, mais cela ne représentera qu'une faible partie de l'augmentation du coût des négociations avec les provinces, y compris les 15 p. 100 de médecins qui ont choisi de se retirer du système.

Monsieur le président M. Blaikie devrait se rendre compte que la surfacturation n'est pas empochée dans son intégralité par les médecins. Ils en empochent une partie seulement. Vous constaterez que l'argent provenant de la surfacturation vient combler un déficit important de certains hôpitaux et permet de financer la recherche clinique que les médecins sont censés faire; pour cela ils cèdent une partie de l'argent qu'ils touchent au titre de la surfacturation aux hôpitaux dans lesquels ils travaillent. Vous constaterez que dans beaucoup de nos hôpitaux les plus importants les coûts d'exploitation varient entre 2 et 5 millions de dollars par année.

Le président: C'est la dernière question pour l'instant. Monsieur Blaikie, vous avez la parole; ensuite nous résumerons ce que nous avons dit.

M. Blaikie: Je voudrais poser une foule de questions aux médecins. Commençons par ceci, et nous reviendrons sur d'autres questions au second tour. Comment se fait-il que les médecins et eux seuls, entre toutes les professions, pensent avoir besoin de cette soupape de sécurité? Les infirmières ne peuvent pas surfacturer leurs malades, pas plus d'ailleurs que les magistrats, les enseignants, les députés. Pourquoi les docteurs pensent-ils qu'ils font partie d'une caste à part? À moins, monsieur le président, et permettez-moi de divaguer un petit moment.

Il me semble que les médecins sans s'en rendre compte, font valoir un argument marxiste dans leur profession.

Dr Baltzan: Les médecins étaient marxistes avant qu'ils . . .

M. Blaikie: Monsieur le président, écoutez-moi. Au fond ce que les médecins disent, c'est qu'ils sont les derniers petits artisans qui ne veulent pas que leur travail soit intégré à l'économie marchande. Ils veulent continuer à oeuvrer comme indépendants, et ils ne veulent pas qu'il leur arrive la même chose qui est arrivée à presque tout le monde au cours des 200 dernières années. Je comprends qu'ils puissent avoir une idée aussi romantique de leur profession, mais pourquoi faudrait-il

[Text]

in society, or almost everyone else; there are a few groups left to get. Why should you have this privileged position of being able to have your own way, instead of being accountable to the community through negotiations with the provinces in relation to the Parliament of Canada, and to the community as a whole?

The Chairman: Dr. McPherson.

Dr. McPherson: I am very pleased to have the opportunity to attend this my first committee meeting, and to come into direct contact with what I consider to be a penultimate politician.

I must say, however, that there does seem to be a slight confusion with respect to Mr. Blaikie's comments about everybody else's being in a different position than physicians. I would like to remind him that virtually every profession that I can think of—by the way, including nurses, who enter into the private practice of nursing—have the right to form a contract between their patient and themselves. They not only have the right to form a contract; they are idiots if they do not.

The reality is that every profession has that right. The reason that I, as a salaried physician do not have that right, is that I chose to take a salary and negotiate a salary with my particular employer. I have formed what is commonly called, Mr. Blaikie, a master-servant relationship. The physicians of Canada do not wish to become the servants of the government master, and we are getting perhaps to the point. I should like to make one further comment if I might, Mr. Chairman, and that is the comment that you make which says that we have backed away from the position that there is some sort of tie between co-participation on the part of the payment by patients directly to physicians, and that that has no relationship whatsoever to the delivery of health care.

It has been well documented in two Rand reports, and I remind you of them, in December of 1983 in *The New England Journal of Medicine*, and again in December of 1982 in *The New England Journal of Medicine* that there is a clear association between co-participation and utilization of health care services.

• 1010

I really think, during the course of your next visit to the library, there is one further article you might read in the January issue of *The New England Journal of Medicine*, which touches on rationing health care, the lesson from Britain. It is Volume 310, page 52, and I think you would find it interesting.

Mr. Blaikie: Put it in your waiting room instead of old *Time* magazines.

The Chairman: We will go on to Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Thank you, Mr. Chairman.

Through you to the witnesses, I listened with some interest to the comments about the sad state of affairs in Atlantic

[Translation]

que l'on fasse une exception pour eux? Tous les autres corps de métiers ont dû s'y mettre, ou presque tous; il subsiste encore quelques groupes qui ne l'ont pas fait. Pourquoi les médecins devraient-ils jouir d'une position privilégiée c'est-à-dire dans le cas qui nous occupe faire accepter leurs desiderata plutôt que de rendre des comptes à la collectivité en négociant avec les provinces, le Parlement du Canada et la collectivité dans son ensemble?

Le président: Monsieur McPherson.

M. McPherson: Je suis très heureux d'avoir l'occasion de participer à ma première séance de comité et de discuter directement avec un politicien que je tiens pour chevronné.

Je dois dire toutefois qu'apparemment les choses ne sont pas claires en ce qui concerne ce qu'a dit M. Blaikie, à savoir que les autres professionnels étaient dans une position différente de celle des médecins. Je voudrais lui rappeler que presque chaque profession à laquelle je peux penser, incidemment, je pense également aux infirmières, qui travaillent dans le secteur privé et ont le droit de passer un contrat avec leurs malades. Non seulement elles en ont le droit, mais elles seraient folles de ne pas le faire.

En réalité, chaque profession dispose de ce droit. En tant que médecin salarié, la raison pour laquelle je n'ai pas le droit de passer un tel contrat avec mes malades, est que j'ai choisi de toucher un salaire et de négocier ce salaire avec mon employeur. J'ai donc, monsieur Blaikie, un rapport de maître à serviteur avec mon employeur. Les médecins du Canada ne veulent pas devenir les serviteurs de l'État maître, et nous en arriverons peut-être là. Je voudrais ajouter quelque chose d'autre, si vous me le permettez, monsieur le président, à propos de ce que vous avez dit, à savoir que nous avons abandonné l'idée qu'il existe un rapport de coparticipation entre les médecins et les malades qui les payent directement, et que cela n'a rien à voir avec la prestation des soins de santé.

On l'a fort bien montré dans les deux rapports Rand que je rappelle à votre attention, et également dans la revue *The New England Journal of Medicine*, numéro de 1983 et dans le numéro de décembre 1982, où il est dit qu'il y a un rapport très net entre la coparticipation, d'une part, et la prestation de soins, d'autre part.

Lorsque vous irez à la bibliothèque, il y a un autre article que vous pourrez lire avec profit dans le numéro de janvier de la revue *The New England Journal of Medicine*, qui traite du rationnement des soins, ce qui s'est passé en Grande-Bretagne. Il s'agit du volume 310, page 52, vous trouverez certainement l'article intéressant.

M. Blaikie: Mettez-le dans la salle d'attente de votre cabinet à la place de la revue *Time*.

Le président: Monsieur McCauley.

M. McCauley: Merci, monsieur le président.

J'ai écouté avec intérêt ce que l'on a pu dire à propos du triste état dans lequel se trouverait la région Atlantique du

[Texte]

Canada if this Bill passes. I leave it to my colleague, Mr. Breaux, to share with you some interesting statistics on that matter.

I want to pursue the question of underfunding. You will be aware from Mr. Geekie, who has been a faithful attendee of these meetings—you should increase his salary, by the way . . .

Dr. Baltzan: He can extra-bill us.

Mr. McCauley: —that we have conflicting testimony. We had testimony on Tuesday from the Canadian Hospital Association, that contrary to what Dr. Coffin suggested in a letter to all MPs last summer, the hospital sector as a whole is not underfunded. I believe you have commissioned a major study by Woods-Gordon on hospital financing. Could you comment on that study, on what it found out, and just share the results of that with us?

Dr. Coffin: Mr. Chairman, I have heard for the second or third time this morning that the Canadian Hospital Association is on record as saying the system is not underfunded. I do have some difficulty in understanding how they reached this conclusion because I know for a fact that the Quebec Hospital Association, which is one of their divisions, has just presented—and it is public—a *mémoire* to the hon. Minister at Quebec in which they state that the system is so poor and the physical plants are in such serious deterioration that they consider necessary an immediate injection of \$225 million just to keep the places painted, clean and in a reasonable state to accept patients. They also propose that 1.2% or 2% of the annual health care budget be invested just for the up-keep of these buildings, to the point that they propose the government use this as a project to create jobs in Quebec.

Mr. McCauley: Dr. Coffin, what did the Woods-Gordon study say?

Mr. Freamo: Mr. Chairman, we are just finishing the final report of the Woods-Gordon study. We would be very pleased to make the report available to members of this committee within the next three weeks. It will be finished within that time, and we will do it.

Mr. McCauley: Are you saying you do not wish to comment on it now?

Mr. Freamo: Well, only this: The report is very thick; it contains a great many criteria and analyses of each of the provinces by these criteria. You will find that no one province comes out as being good or bad in the process. It was not designed to determine the degree of underfunding of the system; it was designed to determine the degree of fiscal capability of the hospitals in the various provinces.

We will be happy to make that information available to the committee just as soon as it is completed, sir.

Mr. D.A. Geekie (Director of Communications, The Canadian Medical Association): Mr. Chairman, I wonder if I might be permitted . . .

The Chairman: Mr. Geekie.

[Traduction]

Canada si ce bill devait être adopté. Je laisse le soin à mon collègue, M. Breaux, de vous donner quelques statistiques intéressantes à ce sujet.

Je voudrais revenir sur la question du sous-financement. Vous vous rappellerez de M. Geekie, qui a participé avec assiduité à ces séances, il faudrait lui donner une augmentation de salaire, soit dit en passant . . .

Dr Baltzan: Il peut nous surfacturer.

M. McCauley: Les témoignages ne sont pas tous les mêmes. En effet, mardi l'Association canadienne des hôpitaux nous a dit le contraire de ce que M. Coffin avait dit dans une lettre envoyée à tous les députés l'été dernier, à savoir que le secteur hospitalier dans l'ensemble ne manquait pas d'argent. Je pense que vous avez commandité une étude importante à Woods-Gordon touchant le financement des hôpitaux. Pourriez-vous nous en dire quelques mots, et quelles ont été les conclusions?

M. Coffin: Monsieur le président, j'ai entendu dire à deux ou trois reprises ce matin que l'Association canadienne des hôpitaux a déclaré que le système ne manquait pas d'argent. J'ai quelques difficultés à comprendre comment ils en sont arrivés à cette conclusion parce que je sais pertinemment que l'Association des hôpitaux du Québec, qui est affiliée à l'Association canadienne vient de soumettre à l'honorable ministre de la Santé à Québec un mémoire—qui est public—dans lequel elle dit que le système manque à tel point de fonds et que les installations sont en si piteux état qu'ils estiment nécessaire d'injecter immédiatement 225 millions de dollars, ne serait-ce que pour donner un coup de pinceau, nettoyer pour que les patients se sentent à l'aise. L'Association propose également que 1.2 p. 100 ou 2 p. 100 du budget annuel de la santé soit investi dans l'entretien des édifices, elle va même jusqu'à proposer au gouvernement d'en faire un programme de création d'emplois au Québec.

M. McCauley: Monsieur Coffin, quelles ont été les conclusions de l'étude Woods-Gordon?

M. Freamo: Monsieur le président, nous en sommes à la phase finale du rapport relatif à l'étude Woods-Gordon. Nous serions très heureux de remettre copie du rapport aux membres du Comité dans les trois semaines quand il sera terminé.

M. McCauley: Vous ne voulez rien en dire pour l'instant?

M. Freamo: Je me bornerai à dire ceci: le rapport est très volumineux il comporte une foule de critères et d'analyses de la situation de chacune des provinces. En lisant le rapport vous constaterez qu'il n'y a pas une province qui soit vraiment blanche ou noire. L'étude n'a pas été faite pour calculer le degré de sous-financement du système, mais plutôt la capacité de fonctionnement des hôpitaux dans les différentes provinces.

C'est avec plaisir que nous remettrons copie du rapport aux membres du Comité dès qu'il sera terminé.

M. D.A. Geekie (directeur des communications, Association canadienne de médecine): Monsieur le président, permettez-moi, s'il vous plaît, de . . .

Le président: Je vous en prie.

[Text]

Mr. Geekie: I thank Mr. McCauley for his very kind comments, which are appreciated. But having had the opportunity of hearing both sides in the commission, I would like to point out that there is obviously a number of areas in which there is a communications problem. I would like to give you two or three specific examples.

Mr. Blaikie made reference to some comments in discussions relative to extra-billing being involved in the therapeutic value of services provided by a physician. We have heard this for several years. It has never been stated by the CMA.

Mr. McCauley: On a point of order, Mr. Chairman.

Mr. Geekie: We were asked, sir . . .

The Chairman: Order, please. Order, please.

Mr. McCauley: If Mr. Geekie is going to comment on Mr. Blaikie's question, perhaps he would do it on Mr. Blaikie's time.

• 1015

The Chairman: Mr. Geekie, do you have any further comments on Mr. McCauley's thoughts on that?

Mr. Geekie: No, sir, that is fine. I just wish to point out that there were some gaps, and I think, sir, you will also find in relation to the hospital underfunding and the position put forth by the Canadian Hospital Association . . . if I read their brief and heard them correctly, they indicated that the hard statistical data available to them today on a national basis do not provide proof that there is or is not underfunding of the health care system in their view. They also indicated to this committee that there was a considerable time-lag, as there is in other areas in the collection of the statistical data, not only from the hospital to the provincial level but also on a national basis, and great difficulty in scientifically statistically correlating that information. Sir, I profess that in my opinion—and perhaps incorrectly; I stand to be corrected . . . the hospital association stated that there was no hard scientific data to prove that there was or was not underfunding on a national basis at present.

The Chairman: Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, let me share with Mr. Geekie some comments of the study.

There is no evidence that hospitals are in a desperate situation.

The Chairman: What study is that, Mr. McCauley?

Mr. McCauley: That is *The Financial Health of Canadian Hospitals: A Financial Ratio Analysis* by Dr. Colin Leigh and Dr. Robert Broiles.

One other quote:

The hospitals of Canada are admittedly under pressure, but in the authors' opinion the financial indicators suggest excellent coping in most respects.

[Translation]

M. Geekie: Je voudrais remercier M. McCauley de ses aimables commentaires qui ont été très appréciés. Mais ayant eu l'occasion d'entendre les deux sons de cloche à la Commission, je voudrais dire qu'il est manifeste que pour plusieurs questions il se pose un problème de communication. Permettez-moi de vous donner deux ou trois exemples bien concrets.

M. Blaikie a parlé de la surfacturation en tant que facteur ayant une valeur thérapeutique dans les actes médicaux. C'est ce que nous entendons dire depuis plusieurs années. L'Association n'a jamais rien dit de pareil.

M. McCauley: Un rappel au Règlement, monsieur le président.

M. Geekie: On nous a demandé . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. McCauley: Si M. Geekie veut faire un commentaire sur la question de M. Blaikie, il pourra peut-être le faire lorsque M. Blaikie aura la parole.

Le président: Monsieur Geekie, d'autres commentaires en réaction à ceux de M. McCauley.

M. Geekie: Non. Je veux simplement souligner qu'il y a eu quelques lacunes dans ce qu'il a été dit au sujet du mémoire présenté par l'Association des hôpitaux du Canada. Cette association estime que les données statistiques nationales disponibles à l'heure actuelle ne fournissent pas la preuve du sous-financement. L'Association a indiqué également au Comité qu'il faut aussi tenir compte du retard considérable dû au rassemblement des données non seulement dans le cas des questions provinciales mais aussi nationales, et qu'il est également très difficile d'analyser ces informations de façon scientifique. Je me trompe peut-être, mais je crois que l'Association des hôpitaux du Canada a raison lorsqu'elle se prononce de cette façon.

Le président: Monsieur McCauley.

M. McCauley: J'aimerais partager avec M. Geekie certains commentaires concernant l'étude.

Rien n'indique que les hôpitaux sont dans une situation désespérée.

Le président: De quelle étude s'agit-il monsieur McCauley?

M. McCauley: De l'étude des Drs Colin Leigh et Robert Broiles, intitulée: *The Financial Health of Canadian Hospitals: A Financial Ratio Analysis* (La santé financière des hôpitaux canadiens).

Une autre citation:

Les hôpitaux canadiens admettent être sous pression, mais de l'avis des auteurs, les indicateurs financiers indiquent qu'ils se sortent très bien d'affaire dans la plupart des cas.

[Texte]

On page 3 of your brief you say extra-billing by physicians is not a major problem. Have you ever done any study to support that statement? Have you ever examined the effects of extra-billing keeping in mind that the practice is localized and concentrated? I am not impressed by percentage statistics; it may be national percentages indicate one thing, but if you take a percentage of specialists who are opted out in Metropolitan Toronto and you are talking about 90% then those percentage figures make some sense to me. It is localized; it is concentrated. Do you have any study that supports your contention that it is not a major problem?

Dr. Coffin: Dr. Vail.

Dr. Vail: Mr. Chairman, to say that it has been studied in an analysis or a statistical way I think would be incorrect. There is a lot of evidence to support our statement, and I have to refer to the Province of Ontario primarily.

One, when this issue became a politically prominent issue on the front pages of the papers some years ago our association, the Ontario Medical Association, offered a line to the public, offered a negotiating mechanism to the public of Ontario right across the province if any of the patients felt that extra-billing opting-out was affecting their health care. I would say there were some cases. All of them were easily solved; some of them were mistakes, either because of communication between the doctor and the patient or the reverse. Therefore, it never appeared in Ontario as a major problem to interfere with health care.

I would like to give another statement. One of the political parties in Ontario at the last provincial election threatened our association, if that is the right word, indicated publicly they were going to bring up the horror story of the week of extra-billing affecting the quality of health care. They were unable to sustain their efforts and they had to give up because there was not a horror story a week in the Province of Ontario, and that, after all, sir, is a population of several millions.

So, to answer directly the question of whether we have statistical proof, the answer is no, but there is no evidence of any significance that it is affecting the health care in the Province of Ontario.

The Chairman: Mr. McCauley.

Mr. McCauley: You have no study to support what you have just said, but you still maintain it. That is what you said.

Dr. Vail: That is what I said, sir.

Mr. McCauley: That is what I thought.

You made a vague reference on page 7 of your brief to a situation in British Columbia. Have you consulted with your colleagues in the Canadian Association of Interns and Residents on this matter, and, if you have, do you support their amendment that they made before this committee last Tuesday?

[Traduction]

A la page 3 de votre mémoire vous dites que la surfacturation par les médecins n'est pas un problème important. Avez-vous jamais fait des études à l'appui de cette thèse? Avez-vous jamais examiné les effets de la surfacturation en tenant compte du fait qu'une telle pratique est localisée et concentrée? Personnellement, les pourcentages statistiques ne m'impressionnent pas; les pourcentages nationaux peuvent très bien indiquer une certaine tendance, cependant, lorsque l'on sait qu'environ 90 p. 100 des spécialistes du grand Toronto se sont désaffiliés, cela acquiert une réalité pour moi. Il s'agit là de quelque chose de localisé et de concentré. Avez-vous fait des études à l'appui de votre thèse selon laquelle cela ne représente pas un problème d'ordre majeur?

Dr Coffin: Docteur Vail.

M. Dr Vail: Monsieur le président, il ne serait pas exact de dire que cette question a fait l'objet d'une étude analytique ou statistique. Cependant, les circonstances semblent appuyer notre déclaration. Je veux parler principalement de ce qui se passe dans la province de l'Ontario.

Lorsque cette question est devenue importante du point de vue politique, lorsqu'on en a parlé à la une des journaux il y a quelques années, notre association, l'Association médicale ontarienne, a offert au public ontarien la possibilité de s'exprimer sur les répercussions que pourrait avoir la désaffiliation et la surfacturation sur la santé des habitants. Certains cas ont été exposés, tous ont été facilement résolus. Il s'agissait parfois d'erreurs, de manque de communication entre le médecin et le patient. C'est la raison pour laquelle nous estimons que cette question n'a jamais représenté en Ontario un problème important.

Un des partis politiques ontariens au cours des dernières élections provinciales a menacé notre association en indiquant publiquement qu'il allait publier chaque semaine des histoires d'horreur portant sur la surfacturation qui affectaient la santé des citoyens. Cependant, cette idée a dû être abandonnée parce qu'il n'y avait pas suffisamment d'histoires d'horreur pour en publier une par semaine. Et il faut se souvenir après tout que la population de l'Ontario s'élève à plusieurs millions.

Pour répondre directement à votre question, à savoir s'il existe des preuves statistiques, la réponse est non, cependant il n'existe aucune preuve importante voulant que la santé des citoyens ontariens soit atteinte.

Le président: Monsieur McCauley.

M. McCauley: Vous n'avez aucune étude à l'appui de votre thèse et pourtant vous maintenez cette barrière. C'est bien ce que vous avez dit.

Dr. Vail: C'est exact.

M. McCauley: C'est bien ce que je pensais.

Vous avez à la page 7 de votre mémoire fait une vague référence à la situation en Colombie-Britannique. Avez-vous consulté les collègues de l'Association des internes et résidents canadiens au sujet de cette question? Si tel est le cas, appuyez-vous les amendements qu'ils ont proposés au Comité mardi passé?

[Text]

Dr. Vail: Yes, sir. We noticed their presentation to you with interest. Not only were we aware of the presentation they were about to make to you, but also we understood their logic. We wholeheartedly agree with the principle and have agreed with it before it came to your committee.

• 1020

We think as doctors, whether they be young doctors or older doctors and longer in the tooth, doctors in Canada should not be restricted in the area in which they practise by a method of the provincial government dictating to them whether they do or do not have the right to have a billing method between them and their patients. So we wholeheartedly support the Canadian Association of Residents and Interns in this area. We feel it is a very important principle; and one, sir, we feel you and your committee should address, because it has to do with the very freedom not only of the doctors but also of the public of this great country of ours, and it would be a terrible calamity to health care if such an Act were proposed or put into effect. As you are aware, sir, British Columbia has made an overt move in this way; but I refer back many years in Ontario, in which there was a report and such a method was suggested at that time, and that at that time received the opposition, fortunately, of the provincial Government of Ontario and also of the medical profession. So we wholeheartedly support them in this and we recommend—and commend you, sir, and your committee to support them in the same area.

The Chairman: Last question for now, Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Mr. Blaikie made the point that you have toned down your rhetoric somewhat, but there still is, on page 12 at least, an allusion to state medicine. On page 12 of your brief you talk about state employees. Mr. Justice Hall told us that in the 1930s it was the compassion of the doctors that led to the institution of medicare. I wanted to ask him what happened in the intervening years, but I did not. Anyway, it was the compassion of the doctors that led to medicare. But now that the years have passed by, you seem to be taking a different tack. You talk about state medicine. You tell us that it is bad, that patients will suffer. There is a contrast there, a contradiction in your position, it seems—historically, at least. Do you not think if the people of Canada really believed what you were saying, really feared that this state medicine was going to occur, medicare would not be as popular as it is and this Bill would not be as popular as it is? How can we have what everyone says is an excellent and remarkably successful program on the one hand and at the same time it is in your opinion a program for disaster?

Dr. Baltzan: Mr. Chairman, I am glad you asked that question, because that very precisely illustrates the problem. What we have in Canada at the present time I believe is absolutely the world's best system of insurance for physicians' services, because it takes advantage of the best of socialism, with respect to Mr. Blaikie, and the best of the market economy. What we have is a system of public compulsory

[Translation]

Dr Vail: Oui. Nous avons suivi avec intérêt l'exposé que cette association a fait devant le Comité. Nous étions au courant et nous avons de plus compris très bien leur logique. Nous étions d'accord sur le principe avant même que les représentants de cette association viennent témoigner devant vous.

Nous estimons que les médecins, jeunes et vieux, ne devraient pas être assujettis à une méthode qui leur est imposée par le gouvernement provincial; nous estimons qu'ils devraient avoir le droit de décider eux-mêmes quelle est la méthode de facturation qui leur convient le mieux, à eux et à leurs patients. Par conséquent nous appuyons de tout coeur l'Association canadienne des résidents et internes en ce domaine. Nous estimons qu'il s'agit là d'un principe très important auquel le Comité devrait s'arrêter, car il porte sur la liberté non seulement des médecins mais également du public de notre grand pays. Ce serait une véritable calamité pour les services de santé que la loi proposée soit adoptée. Comme vous le savez sans doute, la Colombie-Britannique a pris des dispositions en ce sens. Il y a de nombreuses années également en Ontario, un rapport a été rédigé et une méthode suggérée. Le gouvernement ontarien de l'époque et la profession médicale s'y sont heureusement opposés. Nous appuyons donc de tout coeur la position de l'Association canadienne des résidents et internes, et nous vous demandons de l'appuyer également.

Le président: C'est votre dernière question, monsieur McCauley.

M. McCauley: Comme M. Blaikie l'a dit, vous vous exprimez avec un peu moins d'emphase qu'auparavant, cependant à la page 12 de votre mémoire je remarque que vous parlez de médecine étatique et également d'employés de l'État. Le juge Hall nous a dit que dans les années 30, c'est grâce à la compassion des médecins que le système d'assurance-santé a vu le jour. Je voulais lui demander ce qui s'est passé entre temps, mais je ne lui ai pas posé cette question. Cependant, vous semblez parler un langage différent à l'heure actuelle. Vous parlez de médecine étatique. Vous nous dites que c'est une mauvaise chose, que les patients en souffriront. Quel contraste, quelle contradiction du point de vue historique du moins. Ne croyez-vous pas que si la population canadienne était d'accord avec vous, si elle avait vraiment peur de l'instauration de cette médecine étatique, ne croyez-vous pas que l'assurance médicale serait moins populaire qu'elle ne l'est et que ce projet de loi lui aussi le serait moins? Comment pouvons-nous avoir un programme aussi excellent aux dires de tout le monde quand vous estimez qu'il s'agit d'un programme désastreux?

Dr Baltzan: Monsieur le président, je suis heureux de voir que vous posez cette question qui illustre précisément le problème. À l'heure actuelle, au Canada, nous avons le meilleur système d'assurance médicale du monde, car il représente ce qu'il y a de meilleur dans le socialisme, avec tout le respect que je dois à M. Blaikie, et ce qu'il y a de meilleur dans l'économie du marché. Il s'agit d'un système d'assurance-

[Texte]

health insurance which allocates resources so that everybody can avoid health—afford health care. It permits that everybody can afford health care. On the other hand, the state system . . .

Mr. McCauley: The record should note that that was greeted with some laughter.

Dr. Baltzan: I made a most unfortunate Freudian slip—with my apologies to Sigmund.

Mr. McCauley: Did he extra-bill?

Dr. Baltzan: Oh, boy, did he ever!

On the other hand we have the system operated by private enterprise, which gives us an efficiency of operation, which is why, for example, our physician costs are less than two-thirds what they are in the United States.

If we remove this right of private practice, we then turn it from a privately operated system into a state system. The physician now, even though we have insurance, is employed by the patient who attends him or her. Once you change the system by removing this right to opt out, then the physician becomes a *de facto* employee of the state. That is the system Mr. Blaikie wants. He thinks it is better. If the majority of Canadian people think it is better, that is the system we will have. It is the belief of most physicians that the system operates better if the patient employs the physician, not the state.

The Chairman: Thank you, Dr. Baltzan.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I would like to welcome our witnesses today from the CMA.

• 1025

I think Mr. Blaikie's hilarious comments deserve an observation or two in the event that the witnesses and others here today do not understand the background behind some of them.

Mr. Epp: Do you?

Mr. Halliday: The witnesses have identified the fact that Mr. Blaikie does have a passionate distaste, if not for physicians, certainly for extra billing by physicians. You should know that it is only about 10 days . . .

Mr. Blaikie: Some of my best friends are physicians.

An hon. Member: All three of them.

Mr. Halliday: —ago, Mr. Chairman, that during the course of a hockey game, Mr. Blaikie suffered some muscular skeletal strains to his ribs and who do you think was the first person he consulted? It happened to be me.

The Vice-Chairman: On a point of order, Dr. Halliday, that is because you are on the same team.

Mr. Breau: Mr. Chairman, Dr. Halliday should say that Mr. Blaikie got the injury because he tried to hit me, and he is the one who got hurt.

[Traduction]

santé obligatoire qui répartit les ressources de telle façon que tout le monde puisse bénéficier du système d'assurance médico-hospitalier. Tout le monde donc peut se prévaloir des services d'un tel système. Quant au système étatique, d'autre part . . .

M. McCauley: Il faudrait que les rires soient enregistrés.

Dr. Baltzan: Mon subconscient me joue malheureusement des tours. Je dois m'excuser auprès de Sigmund Freud.

M. McCauley: Était-il, lui, en faveur de la surfacturation?

Dr. Baltzan: Très certainement!

D'autre part, ce système est exploité par l'entreprise privée, ce qui lui donne beaucoup d'efficacité, c'est la raison pour laquelle les frais d'honoraires des médecins ne représentent même pas les deux tiers de ce qu'ils sont aux États-Unis.

Si nous empêchons aux médecins de fonctionner de la sorte, nous transformons un régime privé en régime étatique. À l'heure actuelle, le médecin est un employé de son patient, son employeur. Si vous enlevez le droit à la désaffiliation, le médecin devient ipso facto l'employé de l'État. C'est le système que préconise M. Blaikie parce qu'il pense que c'est le meilleur. Si la majorité des Canadiens pensent comme lui, c'est le genre de système que nous aurons. Cependant, la plupart des médecins estiment que le système fonctionne le mieux, lorsque c'est le patient qui est l'employeur du médecin et non l'État.

Le président: Merci, docteur Baltzan.

Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je souhaite la bienvenue aux témoins de l'A.M.C.

Les commentaires hilarants de M. Blaikie méritent certainement des explications, car les témoins et autres personnes qui sont ici aujourd'hui ne comprennent certainement pas dans quel contexte ils ont été faits.

M. Epp: Ah bon?

M. Halliday: Les témoins ont indiqué que M. Blaikie éprouvait un dégoût profond, peut-être pas pour les médecins, mais en tout cas pour la surfacturation pratiquée par ces médecins. Il n'y a qu'une dizaine de jours . . .

M. Blaikie: Il y a des médecins parmi mes meilleurs amis.

Une voix: Tous les trois.

M. Halliday: . . . il y a à peine une dizaine de jours, monsieur le président, pendant un match de hockey, M. Blaikie s'est fait un tour de rein, et qui est-il venu voir en premier? Moi.

Le vice-président: J'invoque le Règlement, docteur Halliday, mais c'est parce que vous faites partie de la même équipe.

M. Breau: Monsieur le président, le Dr. Halliday devrait préciser que M. Blaikie s'est blessé parce qu'il essayait de me faire mal: Tel est pris qui croyait prendre!

[Text]

The Vice-Chairman: Order, please. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: On a more serious note, I think you should realize that Mr. Blaikie belongs like some of us do to a profession, namely, the clergy, which probably operates in as free a market economy as any profession does. It is certainly much like lawyers. He is able to bargain for the salary he obtains from whatever church he wishes to go to. But moreover, his remuneration, ladies and gentlemen, is based entirely on his ability to fill a church.

The Vice-Chairman: Order, please.

Mr. Blaikie: You are certainly drawing their fire, Mr. Chairman.

Mr. Halliday: I was pleased to hear you, Mr. Chairman, ask a question about care and the attitude of the CMA towards care, and I was pleased to hear their response.

I want to ask the witnesses from the Canadian Medical Association what their response is to the representation we received just two nights ago, I believe it was, from the FMOQ, the Quebec Federation of General Practitioners, suggesting that this Bill was inadequate in that it guaranteed no extra billing for patients. If the provinces allowed that to happen they would suffer a penalty. However, it did not at the same time guarantee that the provinces would suffer a penalty if they did not provide adequate or reasonable compensation for physicians. To me that was a logical sort of suggestion to make as an amendment. I wonder whether the CMA has a position on that amendment proposed by the FMOQ.

Mr. Freamo: Mr. Chairman, on page 11 we talk about Clause 12 and indicate that we feel an amendment should be made to protect the bargaining position of doctors.

In terms of collective bargaining, we call our present system across Canada one of collective begging, because the physician organizations are in a position in virtually all of the provinces where they may be consulted by government, they may indicate input. There is no collective agreement. The government legislates its point of view, it legislates its payment schedule and the medical profession then has to decide whether it wants to live with that payment schedule or whether it does not.

In a world of extra billing that decision can come back to the individual physician. When you remove extra billing, you remove that decision process and therefore it is essential that a protection be built into the legislation on a continuing basis so that you are replacing the right of extra billing, the natural advantage it has presented in the bargaining process, with something else.

In Quebec that right of extra billing was lost in 1972 and was not replaced with anything else. The situation that you see in the Province of Quebec is what is going to result in all provinces in Canada over time. We cannot all be 40% below the average, but the average may get very low because we will

[Translation]

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît. Docteur Halliday.

M. Halliday: Passons à des choses plus sérieuses. Il ne faut pas oublier que M. Blaikie, comme plusieurs autres de nos collègues, appartient au clergé, dont les membres travaillent dans une économie de marché certainement aussi libre que ceux des autres professions. En tout cas, c'est certainement comme les avocats. Il peut négocier son salaire avec l'Église qui lui plaît, et, de plus, sa rémunération, mesdames et messieurs, dépend uniquement du nombre de ses ouailles!

Le vice-président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. Blaikie: Vous mettez de l'huile sur le feu, monsieur le président.

M. Halliday: Je suis heureux, monsieur le président, que vous ayez demandé aux représentants de l'Association de nous parler de leur attitude à l'égard des soins qu'ils dispensaient, et leur réponse m'a enchanté.

J'aimerais savoir ce que l'Association médicale canadienne pense du témoignage que nous avons entendu avant-hier soir, je crois, de la Fédération des omnipraticiens du Québec; selon cette dernière, ce projet de loi est inadéquat parce qu'il interdit la surfacturation. Si les provinces autorisent la surfacturation, elles se verront imposer une amende. Cependant, toujours selon cette fédération, le projet de loi ne prévoit pas l'imposition d'amendes aux provinces qui n'offriront pas une rémunération adéquate ou raisonnable à leurs médecins. Cela me semble une suggestion suffisamment logique pour en faire un amendement. Qu'en pensez-vous?

M. Freamo: Monsieur le président, à la page 11, nous parlons de l'article 12 et indiquons qu'à notre avis, un amendement devrait être apporté au projet de loi dans le but de protéger les droits des médecins en matière de négociations collectives.

Étant donné le système que nous avons aujourd'hui, les médecins ne négocient pas, ils demandent l'aumône, car dans presque toutes les provinces, le gouvernement a toute latitude pour consulter ou non les organisations de médecins. Il n'y a pas de convention collective. Le gouvernement légifère sa politique, légifère son barème de traitements, et la profession médicale doit ensuite décider d'accepter ou non ces conditions.

Pour ce qui est de la surfacturation, c'est une décision qui concerne le médecin en tant qu'individu. Si vous interdisez cette pratique, vous privez le médecin de la possibilité de prendre cette décision et, par conséquent, il faut absolument que vous donniez autre chose en contrepartie de la suppression du droit à la surfacturation, lequel représentait un avantage naturel dans le processus de négociations.

Au Québec, le droit à la surfacturation a été supprimé en 1972 et n'a pas été remplacé. Ce qui se passe dans cette province aujourd'hui, c'est exactement ce qui va se passer dans toutes les autres provinces d'ici quelque temps. Nous ne pouvons pas être tous à 40 p. 100 en-dessous de la moyenne,

[Texte]

have lost our bargaining capabilities. We have no rights in law, no status for collective bargaining. In Ontario, for example, there is a group of people who are individual contractors but who are employed only by government. They are people who drive trucks, gravel trucks. Their only employment is by a department of government. Because their only employer is government, even though they are private contractors, they were recognized in law as dependent contractors, as having a special status, to have the rights of bargaining collectively because they only have one paymaster.

• 1030

We believe we are very fortunate to have our colleagues from Quebec come and tell us of their experience so we can confidently predict that in the absence of a good, tough amendment to the legislation, the profession across Canada will all be there within a few years.

Mr. Halliday: If I may just ask one of the questions . . .

The Vice-Chairman: This will be your last question.

Mr. Halliday: Oh, last one now?

The Vice-Chairman: We are pressed for time. We have a number of speakers. I would ask you to keep your question short, and the response as well.

Mr. Halliday: We will have a second round then, I guess.

Let me finish up on this one then and I will use the second round for my other question. First let me say this, the federal Minister of National Health and Welfare has oftentimes cited the plan in Quebec as being a prototype of what she would like to see across the country. We heard, I believe—I guess it was from the Canadian Association of Interns and Residents . . . that they were not too happy with the proposal in Quebec whereby younger physicians who practice in a city would get, say, only 70% of the tariff that would be paid to a regular practising physician in that city, and that there be a graduation of disincentives as they moved out into the district and rural areas. I wonder if the CMA has any observations to make on that kind of payment mechanism for physicians and that mechanism of trying to attract patients into the rural areas as opposed to the more urban areas?

Dr. Freamo: Mr. Chairman, we believe in a carrot rather than a stick, in terms of trying to overcome some of the problems posed by the geographic situation in Canada. In Ontario the carrot has worked quite well in providing physicians to disadvantaged areas. We still feel that it is the answer. As a matter of fact, we would like to see a carrot rather than a stick used in the Canada Health Act because we look upon this as basically the Minister using a stick on the profession, not a carrot.

An Hon. Member: I would like to see a carrot and a stick.

The Vice-Chairman: Second round. Thank you, Dr. Freamo.

[Traduction]

mais il se peut que cette moyenne diminue considérablement étant donné que nous aurons perdu certains de nos avantages dans le processus de négociation collective. La loi ne nous reconnaît aucun droit en matière de négociations collectives. En Ontario, par exemple, il y a un groupe d'entrepreneurs individuels qui ne sont employés que par le gouvernement. Ils conduisent des camions de gravier et leur seul employeur est un ministère du gouvernement. Pour cette raison, même si en réalité ce sont des entrepreneurs privés, la loi les considère comme des entrepreneurs travaillant pour un autre employeur et leur donne un statut spécial, notamment le droit à la négociation collective, parce qu'ils n'ont qu'un employeur.

Nous avons beaucoup de chance que nos collègues du Québec puissent venir nous faire part de leur expérience, de sorte que nous pouvons raisonnablement prévoir qu'en l'absence d'un bon amendement à la loi, ils seront encore tous au Canada dans quelques années.

M. Halliday: Permettez-moi de vous poser une question . . .

Le vice-président: Ce sera votre dernière.

M. Halliday: Ah bon?

Le vice-président: Le temps presse, et plusieurs députés veulent prendre la parole. Je vais donc vous demander, à vous et aux témoins, d'être brefs.

M. Halliday: Je suppose qu'il y aura un second tour.

Permettez-moi alors d'en terminer avec ce sujet, et je réserverai mon autre question pour le second tour. Le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social a souvent dit du plan québécois que c'était le modèle qu'elle aimerait voir généralisé à tout le pays. Je crois que ce sont les représentants de l'Association canadienne des internes et des médecins résidents qui se sont dits mécontents de la proposition qui a été faite au Québec, selon laquelle les jeunes médecins allant s'installer dans une ville ne toucheraient que 70 p. 100, par exemple, des honoraires versés à un médecin déjà établi dans cette ville; de plus, il y aurait toute une panoplie de mesures de dissuasion pour ceux qui veulent aller s'installer dans les districts et dans les régions rurales. J'aimerais savoir ce que pense votre association de ces mesures d'incitation financières pour encourager les médecins à aller s'installer dans les zones rurales plutôt que dans les zones urbaines?

M. Freamo: Monsieur le président, nous préférons la carotte au bâton, s'il s'agit de surmonter certaines des difficultés que pose la géographie du Canada. En Ontario, la carotte a été assez efficace puisque bon nombre de médecins sont allés s'installer dans des zones défavorisées. Nous estimons que c'est ainsi qu'il faut procéder. En fait, nous préférierions que ce projet de loi use de la carotte plutôt que du bâton, car pour l'instant, c'est celui-ci que préfère utiliser le ministre à l'égard de notre profession.

Une voix: Le principe de la carotte et du bâton me plaît bien.

Le vice-président: Passons au deuxième tour. Merci, docteur Freamo.

[Text]

Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. I am also happy to have the Canadian Medical Association as a witness. I have also noticed that they have changed their tone somewhat and I am very happy to hear the gentleman sitting at the left of that handsome hotel owner from Saskatchewan, is it Mr. Freamo? I must say, talking about Dr. Baltzan, that I am not sure one should trust his views about his public judgment on accessibility, because I arrived in Saskatoon last August for a meeting and the hotel, in which I believe he has an interest, was telling the public that the hotel was full. I could not get a room; he arranged to find me a room, and I thought that was very unfair treatment to give the public.

Mr. Blaikie: Was it private or semi-private?

Some Hon. Members: Oh, oh.

An Hon. Member: He walked into that one!

Dr. Baltzan: There was no extra bill.

Mr. Breau: Mr. Chairman, after that I had to insist for six weeks to pay the bill because I did not want to have it free.

Mr. Blaikie: Did you pay it?

Mr. Breau: Yes I did.

I am happy to hear Mr. Freamo say the CMA is very concerned about the bargaining rights of doctors, or the treatment of doctors, not only the amount of revenue they ultimately receive but the process through which this is arrived at. Mr. Freamo and other representatives of the CMA must know that was the basic tenet of Justice Hall's report in 1980, that if you did away with extra billing you had to have some agreed procedure by which to arrive at a proper fee for the provinces to pay doctors.

• 1035

Somebody at the table must remember that the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements proposed the same thing. We twinned the recommendation on extra-billing with the question of adequate and generous and fair—do not know if you want to call it a collective bargaining process, but some kind of process or arbitration process for physicians.

Why did you not support Justice Hall in 1980? Why did you not support the parliamentary task force recommendations in 1981? Why did you not support the Minister of National Health and Welfare in May of 1982 when she offered the provinces to do exactly that? Why did you wait until the federal government had to move unilaterally to deal with this question of extra-billing? Why do you only become concerned publicly now with the question of bargaining or arbitration procedures for physicians, now that it is too late?

Dr. Vail: Mr. Chairman, may I answer that?

[Translation]

Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président. Moi aussi je suis heureux d'avoir les représentants de l'Association médicale canadienne parmi nous. J'ai par ailleurs constaté qu'ils ont un peu changé de ton, et je suis ravi de revoir celui qui est assis à gauche du propriétaire de ce magnifique hôtel en Saskatchewan, n'est-ce pas M. Freamo? Parlant du Dr Baltzan, je ne sais pas si l'on devrait lui faire confiance en matière d'accessibilité, car en août dernier, lorsque je suis arrivé à Saskatoon pour une réunion, l'hôtel dans lequel il a des intérêts, je crois, affichait complet pour le grand public. Par contre, pour moi, il a réussi à trouver une chambre, et j'ai pensé que c'était très injuste à l'égard des autres.

M. Blaikie: C'était une chambre particulière ou double?

Des voix: Oh!

Une voix: Il l'a bien cherché... et il l'a trouvé!

Dr Baltzan: Il n'y a pas eu de surfacturation...

M. Breau: Monsieur le président, en plus, j'ai dû insister pendant les six semaines qui ont suivi pour payer ma facture, car je ne voulais surtout pas que cela soit gratuit.

M. Blaikie: Et l'avez-vous payée?

M. Breau: Oui.

Je suis heureux d'avoir entendu le Dr Freamo déclarer que l'association se préoccupe, non seulement du montant des honoraires qu'ils recevront, mais aussi du processus qui leur permettra d'y parvenir grâce à l'exercice de leur droit à la négociation collective. Le Dr Freamo et les autres représentants de l'association ne sont pas sans savoir que c'est là l'un des principes de base du rapport du juge Hall de 1980, à savoir que l'interdiction de la surfacturation doit s'accompagner d'une procédure acceptée par toutes les parties et permettant de négocier entre les provinces et les médecins des honoraires adéquats.

Il doit y avoir, autour de cette table, quelqu'un qui se souvient que le groupe d'étude parlementaire sur les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux a formulé la même proposition. Dans la recommandation, nous avons lié la surfacturation, y compris la notion de générosité et d'équité, et une sorte de processus d'arbitrage ou de négociation collective, si vous me le permettez, à l'intention des médecins.

Pourquoi n'avez-vous pas appuyé le juge Hall en 1980? Pourquoi n'avez-vous pas accepté les recommandations du groupe d'étude parlementaire en 1981? Pourquoi n'avez-vous pas appuyé le ministre de la Santé nationale et du Bien-être lorsqu'elle a proposé aux provinces, en mai 1982, de procéder ainsi? Pourquoi avez-vous attendu jusqu'à ce que le gouvernement fédéral ait adopté des mesures unilatérales sur cette question de surfacturation? Pourquoi avez-vous attendu qu'il soit trop tard pour vous manifester publiquement sur cette question de processus de négociation ou d'arbitrage?

Dr Vail: Monsieur le président, me permettez-vous de répondre?

[Texte]

First of all, it is not just now. The medical professions across Canada and those who have been involved with their associations in bargaining have been concerned about this whole area ever since medical care as we now know it came into Canada. We have been totally concerned. It has done tremendous studies. I am speaking now of the Province of Ontario... speaking with some credibility as I was chairman of the negotiating committee of our province for a couple of years.

Two problems arise. What is reasonable income? We could argue about this, sir, all day. I am sure that whatever area of society you come from this is always open to argument and dispute. Those who earn less think those who have more are bad; those who earn the same or more think it is reasonable. So this is a never-ending argument. There are certain criteria, certainly, that one can follow, but just that one point is a very difficult argument.

The next point is the bargaining procedure itself. As you probably know, sir, every province in this country has various methods, from no bargaining to bargaining of various kinds and procedures. If there was a perfect system, it would be in place in every province in this country. There is no perfect system as yet. I do not think that because we in the profession and our colleagues in the provincial governments have yet to find the perfect system we should be criticized for it. I think industry and labour have this problem continually.

Mr. Breau: Mr. Chairman, the CMA was very clear about Justice Hall's recommendations in 1980, about the parliamentary task force in 1981 and about the Minister's recommendations of May 1982. You rejected what these three bodies wanted to do on the questions of extra-billing and bargaining procedures for doctors.

Dr. Vail: The bargaining procedure that I understand was offered, sir—and I was coming to that... was compulsory arbitration. That is what has been recommended. This has not been accepted by the medical profession generally across Canada; it has not been accepted by the provincial governments across Canada... or, my colleague says, by Justice Hall himself, because I think he made some changes in his attitude there.

There are two major reasons. One, as it has been quoted to us by provincial governments, the Legislature, the Parliament in the province, has the right to spend their money. That money should not be dictated to them by some funny little guy from Bay Street or some other street in Canada.

That is the government's problem.

Our problem as doctors in compulsory arbitration is that we know that if the award is not to the government's liking the government can change it. We just saw that happen in Ontario.

[Traduction]

Tout d'abord, nous nous sommes déjà prononcés avant cette date. Les membres des professions médicales, d'un bout à l'autre du pays, et ceux qui, par leurs associations, participent aux négociations, s'intéressent à cette question depuis le début de la prestation des soins médicaux canadiens sous la forme que nous leur connaissons aujourd'hui. Nous nous sommes beaucoup intéressés à la question. Des études très importantes ont été entreprises par la province de l'Ontario; je vous le dis en connaissance de cause, puisque j'ai été président du comité de négociation de la province pendant deux ans.

Deux questions se posent: que représente un revenu raisonnable? Monsieur, on ne peut pas discuter de cela pendant toute la journée. De quelque couche sociale qu'on soit, cette question suscite toujours discussions et désaccords. Ceux qui gagnent moins estiment que ceux qui gagnent davantage sont mauvais; ceux dont le revenu est semblable ou supérieur estiment que leur revenu est raisonnable. On peut donc argumenter sans arrêt. Bien sûr, on peut s'en remettre à certains critères, mais cette prémisse elle-même suscite d'après discussions.

Puis, il y a le processus de négociation proprement dit. Comme vous le savez probablement, chaque province du pays fait appel à diverses méthodes, qu'il s'agisse d'absence de négociations, ou de négociations ou de procédures de divers genres. S'il existait un système parfait, chaque province du pays l'aurait adopté. Il n'existe pas encore de système parfait. Je ne crois pas qu'il faille critiquer les membres de notre profession, ou nos homologues des gouvernements provinciaux, du fait que nous n'ayons pas encore trouvé le système parfait. Le patronat et le syndicat sont toujours aux prises avec des problèmes semblables.

M. Breau: Monsieur le président, l'A.M.C. s'est exprimée de façon très claire au sujet des recommandations du juge Hall en 1980, des recommandations du groupe d'étude parlementaire en 1981, et des recommandations formulées par le ministre au mois de mai 1982. L'association a rejeté les propositions de ces trois organismes sur les questions de surfacturation et de négociation.

Dr Vail: J'y arrivais: le processus de négociation qu'on nous proposait, si je me souviens bien, était l'arbitrage obligatoire. Voilà ce qu'on nous recommandait. La recommandation n'avait pas été acceptée par l'ensemble des professions médicales au Canada; ni par les gouvernements provinciaux du Canada... ni, comme le dit mon collègue, le juge Hall lui-même ne l'a acceptée, ayant changé d'avis sur cette question.

Deux raisons principales expliquent ce refus. D'une part, comme nous l'ont dit les gouvernements provinciaux, l'assemblée législative, le Parlement de la province est habilité à dépenser ces fonds publics. Ce n'est pas à un curieux petit bonhomme de la rue Bay ou d'une autre rue au Canada de leur dire comment dépenser cet argent.

Cette question regarde le gouvernement.

Comme médecins, nous ne pouvons accepter l'arbitrage obligatoire, tout en sachant que le gouvernement peut le renverser, s'il n'est pas d'accord. Nous venons tout juste d'être témoins de cela en Ontario.

[Text]

Those are two major reasons why compulsory arbitration, as recommended by others, has not been acceptable by either party.

Mr. Breau: Mr. Chairman, it seems to me that it would have been more positive and helpful if the CMA had come forward with some procedure they would have recommended. It seems to me that it was not beyond the ingenuity of mankind or personkind or humanity in Canada to propose a procedure. I believe you did not do it because you thought you could prevent the federal government, politically, from proceeding on the question of extra-billing.

I would like to go to another part of . . .

The Vice-Chairman: This is your last question, Mr. Breau.

Mr. Breau: —your testimony. I am also very touched by your concern about the quality of health care in Atlantic Canada. It is always very encouraging when an Atlantic citizen hears a national organization worry about the quality of services to the citizens of Atlantic Canada. But you mention on page 6:

• 1040

So the proposed Canada Health Act will force citizens in Atlantic Canada to accept a lesser quality of health care than will be available in other Canadian provinces.

Now, the proposed Canada Health Act does not deal at all with the level of funding the federal government will provide for health care in the future. It deals with extra-billing; it deals with the consolidation of the Medical Care Act, the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Extended Health Care Services Program; it deals with the question of user fees. The only time funding would be affected is if the conditions set out in the proposed Canada Health Act are not met. But it does not deal with the level of funding, in the long run, that the Government of Canada will provide for health care, either through the fiscal arrangements Bill or through some other kind of agreement.

Now, it seems to me the basis of your position was to be concerned about extra-billing . . . i.e., physicians' income—and you say you do not have a position on user fees. But you say they are a great thing to make the people aware of health costs. Do I understand through all this that your concern for the level of health care in the Atlantic provinces is met if we do not do away with extra-billing and user fees? In other words, you are saying user fees would be . . . I suppose you do not say this for extra-billing—an effective way to raise money to meet the health care needs in Atlantic Canada. Is your position that we could deal in the long run not only with the operation, but the development, which is still left to be done in some parts of Atlantic Canada in health care, and the investments through a system of user fees? In other words, you are concerned about Atlantic citizens but you want Atlantic citizens to pay for it themselves when they are sick.

[Translation]

Deux raisons principales expliquent pourquoi l'arbitrage obligatoire recommandé par les autres n'a été accepté par aucune des parties.

M. Breau: Monsieur le président, il me semble qu'il aurait mieux valu que les représentants de l'A.M.C. nous proposent une procédure qu'ils seraient disposés à accepter. Il me semble que n'importe quel être humain doué d'intelligence ou d'un peu d'ingéniosité aurait pu formuler une proposition. A mon avis, vous ne l'avez pas fait parce que vous croyiez que vous pourriez faire obstacle au gouvernement fédéral sur cette question de surfacturation.

J'aimerais passer à une autre partie de . . .

Le vice-président: C'est votre dernière question, monsieur Breau.

M. Breau: . . . de votre déclaration. Je suis très touché de l'intérêt que vous manifestez au sujet de la qualité des soins de santé dans la région de l'Atlantique. Il est toujours très encourageant, pour un citoyen de l'Atlantique, d'entendre une organisation nationale s'inquiéter de la qualité des services assurés aux citoyens de la région de l'Atlantique. Je cite un extrait de la page 6 de votre mémoire:

Ainsi donc la Loi canadienne sur la santé forcera les citoyens des provinces de l'Atlantique à accepter une qualité inférieure de soins médico-hospitaliers par rapport aux autres provinces.

Le projet de loi canadienne sur la santé ne porte pas du tout sur le niveau de financement que le gouvernement fédéral fournira à l'avenir en matière de soins médico-hospitaliers. Cette loi porte sur la surfacturation, la codification de la Loi sur les soins médicaux, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, et le programme de services complémentaires de santé. Le projet de loi porte également sur la question des frais modérateurs. Le financement ne serait remis en cause que si les conditions prévues dans ce projet de loi n'étaient pas réalisées. Cependant, on n'y parle pas du niveau de financement à long terme que le gouvernement du Canada fournirait en matière de soins, soit par le truchement d'ententes fiscales, soit grâce à d'autres mécanismes.

Vous semblez vous préoccuper de la surfacturation, c'est-à-dire du revenu des médecins, et vous dites que vous n'avez pas de position quant aux frais modérateurs. Vous dites cependant que de tels frais permettent à la population de se rendre compte des coûts des services médico-hospitaliers. Dois-je comprendre alors que si l'on ne supprimait pas la surfacturation ni les frais modérateurs, la question du niveau de soins cesserait de vous préoccuper? En d'autres termes, les frais modérateurs seraient une bonne façon de percevoir de l'argent et de régler la question des soins dans les provinces de l'Atlantique. Je suppose évidemment que vous n'adoptez pas la même position en matière de surfacturation. Estimez-vous donc que la question de l'exploitation, mais également de la mise en place de certains services dans les régions où ceux-ci n'existent pas encore dans les provinces de l'Atlantique, et également la question des investissements, pourraient être réglées grâce au

[Texte]

Mr. Freamo: Mr. Chairman, if the Atlantic provinces have to rely on the largess of the federal government as it has demonstrated this in the past, we are going to have the health care system disappear down the drain.

Mr. Breau: Mr. Freamo, could you substantiate what you are saying there? You are making a very general comment; it does not seem to make much sense or be factual.

Mr. Freamo: The Ministers of health in the Atlantic provinces have stated in a joint communiqué they issued two years ago that the level of care in the Atlantic provinces was some 20% lower than in the rest of Canada. The Canadian government has really made no moves in the last seven years to effectively increase the amount of money going to the Atlantic provinces to provide a catch-up. Where you pay money to the provinces, you pay the same amount for every resident of Canada. You pay the same amount in Alberta . . .

Mr. Breau: Mr. Freamo, you do not understand the way the fiscal arrangements system works. From 1977 to 1982—and you did mention seven years; that would bring us back to 1977—there was a system of leavening up payments to bring every province to an equal contribution per capita, an equal contribution per capita.

Mr. Freamo: An equal contribution per capita, yes.

Mr. Breau: So when you say the federal government has not made any move to improve the financing of health care . . .

Mr. Freamo: Within recent years, sir.

Mr. Breau: You said seven years.

Mr. Freamo: Seven years.

Mr. Breau: Right. That brings us back to 1977 . . .

Mr. Freamo: Yes, 1977.

Mr. Breau: —and the fact is that the Atlantic provinces received leavening-up payments to bring them up to a contribution per capita equal to the national average.

Mr. Freamo: Yes.

Mr. Breau: Okay. So what you are saying is wrong, because the Atlantic provinces did receive leavening-up payments to bring them up to an equal contribution per capita.

Mr. Freamo: But you are talking about the continuing . . .

The Vice-Chairman: The Chair has a problem with time at this point, Mr. Freamo. I think we will have to move on to Mr. Lachance.

Mr. Halliday: Let them finish it.

An hon. Member: Go ahead.

The Vice-Chairman: Very quickly, Mr. Freamo.

[Traduction]

recours aux frais modérateurs? En d'autres termes, vous vous préoccupez de la population des provinces de l'Atlantique, mais vous voulez que les citoyens de ces provinces déboursent les fonds nécessaires pour se faire soigner.

M. Freamo: Monsieur le président, si les provinces de l'Atlantique doivent attendre les largesses du gouvernement fédéral, nous devons peut-être faire une croix sur tout le régime, de toute façon.

M. Breau: Monsieur Freamo, pourriez-vous nous donner la raison qui vous pousse à vous exprimer de cette façon? Vous faites un commentaire très général, qui ne me semble pas être très factuel.

M. Freamo: Les ministres de la Santé des provinces de l'Atlantique ont déclaré dans un communiqué conjoint, il y a deux ans, que le niveau des soins dans leur province était de 20 p. 100 inférieur à ce qu'il était dans le reste du Canada. Or, le gouvernement du Canada n'a rien fait, au cours des sept dernières années, pour augmenter les fonds qu'il verse aux provinces de l'Atlantique afin de permettre à celles-ci de se rattraper. Les versements aux provinces sont les mêmes pour chaque résident canadien. C'est la même chose en Alberta . . .

M. Breau: Monsieur Freamo, vous ne comprenez pas la façon dont fonctionne le régime fiscal. Vous avez parlé des sept dernières années, ce qui nous reporte à 1977 . . . À cette époque, il y a eu un système de rattrapage qui permettait à toutes les provinces d'avoir une contribution égale per capita.

M. Freamo: Je sais.

M. Breau: Lorsque vous dites que le gouvernement fédéral n'a rien fait pour améliorer le financement du régime de soins médico-hospitaliers . . .

M. Freamo: Au cours des dernières années, monsieur.

M. Breau: Vous avez parlé des sept dernières années.

M. Freamo: Oui.

M. Breau: Ça nous reporte à 1977 . . .

M. Freamo: Oui.

M. Breau: . . . les provinces de l'Atlantique ont reçu des paiements de rattrapage qui les ont menées à une contribution per capita égale à la moyenne nationale.

M. Freamo: Oui.

M. Breau: Donc, ce que vous dites n'est pas exact, étant donné que les provinces de l'Atlantique ont reçu des paiements de rattrapage par rapport aux autres provinces, et ceci, per capita.

M. Freamo: Mais vous parlez . . .

Le vice-président: J'ai des problèmes en matière d'allocation de temps de parole. Nous devons passer à M. Lachance.

M. Halliday: Laissez-les finir.

Une voix: Allez-y.

Le vice-président: Très rapidement, alors, monsieur Freamo.

[Text]

Mr. Freamo: You are talking about the continuing costs of programs in Atlantic Canada. You are not talking about the problem we are addressing, which is the catch-up problem in the Atlantic provinces, and unless you address the catch-up problem, you are going to continue for all time.

Mr. Breau: Where do you see, Mr. Freamo, anything in the proposed Canada Health Act that prevents the federal government from getting involved in any catch-up program? Do you think this can be done by user fees?

Mr. Freamo: They have never done anything. They have had all kinds of opportunity.

The Vice-Chairman: Mr. Lachance. We have to move on, sir.

Mr. Breau: A second round, please.

Mr. Lachance: Thank you, Mr. Chairman.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Wait a minute, Mr. Chairman, I had . . .

The Vice-Chairman: Not according to the list, Miss MacDonald.

Mr. Lachance.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Why are you not going back and forth?

The Vice-Chairman: I do not have your name on the list at all.

• 1045

The Vice-Chairman: It is not here. I accept that. We will go to Miss MacDonald.

Mr. Lachance: Just on a little point, Mr. Chairman. I accept that, but I would just like to point out that I was there at 9.00 a.m. and Miss MacDonald was not there at 9.00 a.m.

Mr. Epp: On a second point of order, Mr. Chairman . . .

The Vice-Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: —this committee has been functioning a certain way and I would just suggest to the hon. Member that we continue because otherwise we will spend more time arguing the other points.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Epp. Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and The Islands): Thank you, Mr. Chairman. I regret I was not here at 9.00 a.m. because I had to be at another committee meeting. It has happened with Mr. Lachance in the past when he has not been here. I hope we will be able to continue our normal operations in the way that this committee has operated in the past without reflecting on other members.

I want to turn to the point that was raised by Dr. Baltzan which, I think, he very justifiably makes, that this bill deals

[Translation]

M. Freamo: Vous parlez des coûts des programmes dans les provinces de l'Atlantique, mais non du problème du rattrapage dans ces provinces, ce qui est crucial.

M. Breau: Quelles seraient, à votre avis, monsieur Freamo, les dispositions du projet de loi qui empêcheraient le gouvernement fédéral de participer à un programme de rattrapage? Croyez-vous que ça doive se faire par le truchement de frais modérateurs?

M. Freamo: Ils n'ont jamais rien fait, alors qu'ils en avaient toujours la possibilité.

Le vice-président: Monsieur Lachance. Nous devons avancer.

M. Breau: Inscrivez-moi au deuxième tour, s'il vous plaît.

M. Lachance: Merci, monsieur le président.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Un instant, monsieur le président, j'avais . . .

Le vice-président: Vous n'êtes pas sur la liste, mademoiselle MacDonald.

Monsieur Lachance.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Pourquoi ne passez-vous pas d'un côté de la table à l'autre?

Le vice-président: Je n'ai pas votre nom sur la liste.

Le vice-président: Je ne vois pas votre nom sur la liste, j'accepte ce que vous dites. Nous allons maintenant céder la parole à M^{lle} MacDonald.

M. Lachance: Un moment, s'il vous plaît, monsieur le président. J'accepte cette décision, et je vous ferai remarquer que j'étais ici dès 9 heures, ce matin, et que M^{lle} MacDonald n'y était pas.

M. Epp: J'ai un second rappel au Règlement, monsieur le président . . .

Le vice-président: Monsieur Epp.

M. Epp: . . . ce comité fonctionne selon un certain règlement, et je demanderais au député de se conformer à ce règlement; autrement, nous allons perdre beaucoup de temps à discuter d'autres rappels au Règlement.

Le vice-président: Merci, monsieur Epp. Mademoiselle MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. Je regrette de n'avoir pu me présenter ici à 9 heures, mais j'avais une autre réunion de comité. Par le passé, M. Lachance s'est lui aussi absenté au début de la séance. J'espère que nous pourrons continuer à fonctionner normalement, c'est-à-dire comme ce comité a toujours fonctionné, sans passer de réflexion sur les autres députés.

Je voudrais en revenir à une remarque du Dr Baltzan qui me semble justifiée, à savoir que ce projet de loi ne traite que d'un

[Texte]

with a minor aspect of the health care system in Canada. Some of us are very concerned about the overall health care system and where it is going and how it is going to be funded. There are different figures that have been thrown regarding the total amount of moneys that goes into the health care system at the moment. Some people have used \$22 billion as the total amount; some have used \$26 billion as the total amount. Whatever it is, it is a huge amount of money and there is a great deal of concern whether or not we are going to be able to continue funding that as a country, or how we make more efficient use of those funds.

Now then, I have a couple of questions along that line. The other day we had a witness before us who claimed that one of the reasons there was overfunding, as he said it, in the system, was that there were too many doctors; that if we cut back on doctors and on medical schools we would begin to bring this problem into something that we could handle. I wonder if you would, from the point of view of the medical profession, comment on that for me?

Dr. Baltzan: I think the reason I would like to comment on this question is that I believe I wrote the first paper on this subject in 1971. Dr. Robert Evans, a University of British Columbia health care economist, whose position does not always agree with mine . . .

Mr. Breau: He is coming next week, Marc.

Dr. Baltzan: —wrote a paper saying exactly the same thing. Our data was exactly the same but, of course, our interpretations were different.

I think there is no doubt that you can show that the cost of physician care is a function of the number of doctors. The more doctors you have, generally speaking, the more it costs to look after people. You cannot say the same is true of hospital care. That extension has been made and that is fallacious. The amount of the cost of hospital care is a function of the number of hospital beds you have. So if you want to reduce the amount of physician costs, you can certainly reduce the number of doctors. The problem you come to is, what is the right number of doctors, and are they located in the right place.

For at least 50 years the medical profession has been severely criticized by economists for engaging in a restriction of supply and forming a cartel to reduce the number of doctors, and it is so bad that the man who is not known as a left-wing economist, Dr. Milton Friedman, gained his Ph.D. castigating the medical profession for producing too few doctors. I am astonished when all of a sudden I come to the city of Ottawa and I discover an economist who, I gather, is somewhat to the left of Dr. Friedman, says we are producing too many. Now how can we win?

Dr. Freamo: Mr. Chairman, I might say that the Canadian Medical Association is very concerned about the problem. We believe it is one of these difficult areas in which the provinces have primary responsibility but where we have to look at manpower as a national resource. It is a difficult area to address; the conventional wisdom, economically, is that we

[Traduction]

aspect secondaire de l'ensemble du système de prestation des soins de santé du Canada. Bon nombre d'entre nous s'inquiètent de l'ensemble du système des soins de santé, de son orientation, et de son financement. Différents chiffres sont lancés à tout hasard au sujet de la somme totale des coûts du système de service de santé en ce moment. Certains situent ces coûts à 22 milliards de dollars; d'autres ont dit que cette somme s'élevait à 26 milliards de dollars. Quelle que soit cette somme, elle est énorme, et beaucoup se demandent si le pays pourra continuer à financer le système, ou si nous devons trouver un moyen plus efficace d'utiliser ces fonds.

En fait, j'ai quelques questions à poser à ce sujet. L'autre jour, un témoin prétendait que l'une des raisons du coût extrême du système, c'était la présence d'un trop grand nombre de médecins; il disait que si l'on diminuait le nombre de médecins, et le nombre des écoles de médecine, nous pourrions commencer à entrevoir la solution de ce problème. Pourriez-vous nous donner l'opinion de la profession médicale à cet égard?

Dr. Baltzan: Si j'ai demandé de répondre à cette question, c'est parce que je pense avoir écrit le premier document à ce sujet, en 1971. M. Robert Evans, économiste en matière de services de santé de l'Université de la Colombie-Britannique, qui n'est pas toujours d'accord avec moi d'ailleurs . . .

M. Breau: Il sera ici la semaine prochaine, Marc.

Dr. Baltzan: . . . a aussi écrit un document qui disait précisément la même chose. Nos données étaient exactement les mêmes, mais, bien sûr, nos interprétations différaient.

Bien entendu, il est possible de démontrer que le coût des soins médicaux est fonction du nombre de médecins. En général, plus il y a de médecins, plus cela coûte cher pour soigner la population. On ne peut tirer la même conclusion, toutefois, au sujet des soins hospitaliers. On a déjà fait cette projection, qui est fautive. Le coût des soins hospitaliers est fonction du nombre de lits d'hôpital. Alors, si on veut réduire le coût des services des médecins, il s'agit d'en diminuer le nombre. La question, bien sûr, est d'établir quel est le nombre juste de médecins, et de déterminer s'ils se trouvent au bon endroit.

Depuis au moins 50 ans, les économistes critiquent vertement la profession médicale pour avoir contrôlé le nombre des médecins et avoir formé un cartel pour en réduire le nombre, à tel point que M. Milton Friedman, qui n'est certainement pas reconnu comme étant un économiste de gauche, a obtenu son doctorat en reprochant sévèrement à la profession médicale d'avoir produit trop peu de médecins. Et cela m'étonne que soudainement, dans la ville d'Ottawa, je trouve un économiste, dont les politiques sont plutôt à gauche de celles de Friedman, qui nous dit maintenant que nous en produisons trop. Que faire?

Dr. Freamo: Monsieur le président, je vous assure que l'Association médicale canadienne se préoccupe beaucoup de cette question. Nous pensons qu'il s'agit là d'un de ces domaines difficiles dont les provinces sont principalement responsables, mais dont le sujet, la main-d'oeuvre, constitue une ressource nationale. Ce n'est pas une question facile;

[Text]

have too many physicians. Here in the Province of British Columbia we have an increase in the number of medical school graduates. The two things just do not make sense.

• 1050

In our medical data bank, where we have just over 85% of all physicians in Canada listed by what they are doing—not necessarily what they were trained to do, but what they are doing—we intend this year to project our requirements—only it has not been done—based on the ages of various doctors and when we can know what attrition we can expect.

We are looking, as we have said in our brief, to the year 2031, when we are going to have 20-odd per cent of our population over age 65. The The initial projections I am getting from this are that we need a substantial increase in the number of doctors.

I think the problem is that we will go up to 2031 and we will start to go down again—just like the problems we have met in education generally that you aim for the top but then you forget that once you pass that peak you are on the way back down the other side. So it is a very difficult area for us to make projections in.

We have a vastly increased number of women going into medicine. Fifty per cent of the first-year classes in McMaster and some other schools are women. We honestly do not know what years of production these women are going to contribute to medicine. They obviously have to find something that is going to fit in with family life, and we do not know yet whether a woman graduate in medicine would represent 80% of man-years in medicine as opposed to a male graduate. We obviously have to look at this concern over the next 15 years.

The imponderables in terms of the requirements for future doctors are unbelievable. One never knows when you are going to get a brand new breakthrough in a particular disease. The problem with medicine is that when you get a breakthrough you eliminate certain procedures but you start to produce more people who are chronically ill who require doctors to look after them.

So it is not an easy problem and we are trying to address it as well as we can. We have offered the provincial health ministers our expertise, our data bank and what have you to see if we cannot rationally approach the problem of the number of doctors we should have.

The Vice-Chairman: Miss MacDonald, this is your last question.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you very much for that because, as a number of people have said, we have had significant medical breakthroughs in the last 10 years in reconstructive medicine, dialysis, chemotherapy and all sorts of things . . .

[Translation]

toutefois, sur le plan économique, il est admis que les médecins sont trop nombreux. Nous avons en Colombie-Britannique une augmentation des diplômés de l'école de médecine. Les deux facteurs n'ont pas de sens.

Dans notre banque de données médicales, qui contient plus de 85 p. 100 de tous les médecins au Canada, inscrits selon leur discipline—pas nécessairement selon leur formation, mais selon le travail qu'ils font—nous avons l'intention cette année de faire des projections pour nos besoins—cela n'a pas été fait—fondées sur l'âge des divers médecins et quand nous pourrions savoir quel sera le taux d'attrition.

Comme nous l'avons dit dans notre mémoire, nos projections vont jusqu'à l'an 2031, alors que quelque 20 p. 100 de la population sera âgée de plus de 65 ans. D'après les projections initiales, il nous faudra augmenter de façon importante le nombre de médecins.

La difficulté, c'est qu'il y aura augmentation jusqu'à l'an 2031, et une baisse ensuite—un peu comme celle que nous avons connue dans le domaine de l'éducation; on se prépare pour des sommets, mais une fois que ces sommets sont dépassés, on redescend de l'autre côté. C'est donc un domaine où il est très difficile de faire des projections.

Nous avons de plus en plus de femmes qui font leurs études de médecine. En première année, à McMaster, et dans d'autres écoles de médecine, 50 p. 100 des étudiants sont des femmes. Nous ne savons pas honnêtement combien d'années ces femmes pourront consacrer à la médecine. Il leur faudra évidemment trouver un domaine qui ne gênera pas leur vie familiale, et nous ne savons pas si une femme diplômée en médecine pourra donner 80 p. 100 d'années-personnes pour l'exercice de la médecine, comparativement à ce que donnera l'homme médecin. Il nous faut évidemment évaluer quelle sera la situation au cours des 15 prochaines années.

Les impondérables quant aux exigences pour les futurs médecins sont incroyables. On ne sait jamais s'il n'y aura pas, pour une maladie donnée, une toute nouvelle découverte. La difficulté, en médecine, c'est que lorsqu'il y a une découverte, on élimine certaines méthodes, mais il peut y avoir plus de gens qui deviennent des malades chroniques et qui ont besoin de médecins pour s'occuper d'eux.

Le problème n'est pas facile, et nous essayons de le résoudre aussi bien que nous le pouvons. Nous avons offert aux ministres de la Santé des provinces de profiter de nos experts, de notre banque de données, et de tout le reste, afin de voir si on ne pourrait pas rationaliser l'approche au problème du nombre de médecins que nous devrions avoir.

Le vice-président: Mademoiselle MacDonald, ce sera votre dernière question.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je vous remercie beaucoup de cette réponse, car, comme l'ont dit un certain nombre de personnes, nous avons connu un nombre important de découvertes médicales au cours des 10 dernières années, dans le secteur de la médecine de reconstruction, des dialyses, des chimiothérapies et dans d'autres domaines . . .

[Texte]

Dr. Freamo: It all costs more money.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): —that doctors would not have addressed before.

Let me come to another area that again is of great concern and has to do with funding. I have been very impressed, I may tell you, not for the first time, by the presentation made by the Canadian Nurses Association. There is a great deal of work which they have suggested be undertaken in clinics, in community health care, in areas where nurses can assume responsibilities that they do not now have.

Part of the problem seems to be that the doctors are not willing to relinquish some of the turf they now hold. I want to ask you to give me a clear statement as to whether or not this is a struggle between two professions, each trying to guard their turf, or whether or not there is some way you can sit down and come to a better way of carrying out preventive medicine, community care and clinic supervision at a cost that will be far less probably than it is at present, because I think that is going to have to be the way we will go in the 10 or 20 years ahead of us.

Dr. Baltzan: Miss MacDonald, I think the situation and difficulty between ourselves and the nurses has been greatly exaggerated. As I understand it, some of the nurses believe that they should be in primary care or first contact and that that would be cheaper.

• 1055

First, there is considerable doubt that it will be cheaper. Second, there is very considerable doubt as to whether the level of education they have enables them to have the skills to do first-contact medicine. We are not even sure our physicians have the skills. We have added considerably to the training of our family practitioners. We have a task force studying it now. However, I believe that historically nurses have been underutilized in the medical care field and that there are opportunities for an expanded role of nurses that will be more challenging to them, more satisfying to them, and areas in which they can function efficiently. This is in the role of a more independent practitioner, not before the diagnosis is made but after the diagnosis is made.

We are seeing this develop now. We have nurses on the hospital side who are specialists in intensive care, specialists in dialysis. We have other nurses who become specialists in weight control. We have other nurses who have looked after the chronically ill at home and others who look after diabetics. I think in that area, where physicians are doing some of the work now, nurses can probably do it just as well, maybe even better.

The argument is not whether nurses should have an expanded role or not. The argument really is, should they

[Traduction]

M. Freamo: Tout cela coûte beaucoup d'argent.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): ... dans des domaines où les médecins n'œuvraient pas jusqu'à maintenant.

Permettez-moi de soulever un autre point qui suscite beaucoup de préoccupations et qui a trait au financement. L'exposé qu'a fait l'Association canadienne des infirmières m'a beaucoup impressionnée, je dois vous l'avouer, et ce n'est pas la première fois. Elles prétendent que beaucoup de travail pourrait être fait dans les cliniques, dans les centres de santé communautaires, dans des endroits où les infirmières peuvent assumer des responsabilités qu'elles n'ont pas présentement.

Il me semble qu'en partie, la difficulté, c'est que les médecins ne veulent pas céder de terrain. J'aimerais bien que vous nous fassiez une déclaration bien précise pour nous dire si, oui ou non, il y a une lutte entre les deux professions, chacune essayant de protéger son domaine. Y a-t-il une possibilité que les deux puissent s'asseoir et trouver une meilleure façon d'exercer la médecine préventive, les soins communautaires et la surveillance clinique, à un coût beaucoup moins élevé que ce n'est le cas présentement, car, à mon avis, c'est cela qu'il faudra faire au cours des 10 ou 20 prochaines années?

Dr Baltzan: Mademoiselle MacDonald, je crois que la situation et la difficulté entre les deux professions ont été beaucoup exagérées. Si j'ai bien compris, certaines infirmières sont d'avis que les soins primaires ou le premier contact devraient leur revenir et qu'ainsi, ce serait beaucoup moins coûteux.

D'abord, je doute beaucoup que cela coûte moins cher. Ensuite, on peut se demander sérieusement si elles ont les années d'éducation voulues qui leur donneraient la compétence pour faire de la médecine directe. Ce n'est même pas sûr que nos médecins aient la compétence voulue. La formation de nos médecins de famille est beaucoup plus poussée qu'avant. Il y a d'ailleurs un groupe d'étude qui se penche sur ce phénomène actuellement. Néanmoins, je crois fermement que les infirmières ont été traditionnellement sous-utilisées dans le domaine des soins médicaux et qu'il est possible d'élargir de beaucoup leur rôle, afin de leur offrir des fonctions qui soient un plus grand défi pour elles et qui les satisfassent plus, dans des secteurs où elles peuvent fonctionner efficacement. Je pense en particulier à des assistantes médicales plus indépendantes qui pourraient jouer un rôle non pas avant que le diagnostic ait été posé, mais après.

Cela se produit de plus en plus souvent. Certaines infirmières des hôpitaux sont des spécialistes des soins intensifs ou de la dialyse, par exemple. D'autres sont spécialisées dans le contrôle du poids. D'autres encore s'occupent des malades chroniques à domicile ou des diabétiques. Dans ce dernier domaine, en particulier, je pense que les infirmières pourraient faire aussi bien que les médecins, sinon mieux, le travail que ces derniers effectuent.

Il ne s'agit pas de se demander si les infirmières pourraient voir leur rôle élargi ou non. Demandons-nous plutôt si elles

[Text]

replace the 20,000 family practitioners who are relatively well trained out there right now? I think the answer to that is no.

Dr. McPherson has had some more experience with the expanded role of nurses.

The Vice-Chairman: Dr. McPherson, if you could keep your comments very brief, because we are well over the time.

Dr. McPherson: My comment will be exceptionally brief. It basically says, with authority comes responsibility. The medical profession and the CMA have regularly and consistently stated that we have nothing against involvement of nurses in health care, as they like to call it, as opposed to disease care, so long as they take full responsibility for their actions. So long as they turn around, Miss MacDonald, and say: I want to take care of this flock of patients or, as they call them, clients, but the doctor back here is ultimately responsible for my actions, then there is a problem. If you have the authority to take care of that flock of patients or clients, go to it, and the Minister of Health will back you up. Amen!

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. McPherson.

Monsieur Lachance.

Mr. Lachance: Yes, first of all, Mr. Chairman, I would like to apologize to Miss MacDonald for comments made out of frustration more than anything else.

I would like to make a comment, after all the others who have already explored this brief, and finally I will ask a series of questions.

First, underfunding: I was a bit surprised that this argument was not explored further in the brief. I was not surprised that it came in the brief, but it came as an *ex cathedra* statement more than anything else. There were no objective data except for some percentage of GNP in the Maritimes, and my colleague, Mr. Breau, doubted that. There were no functional data except for concern about the added burden of the aged in the coming years. There were no comparative data whatsoever with other jurisdictions except for off-the-cuff statements about Britain during the questioning. Nothing, just an *ex cathedra* statement.

And when my colleague, Mr. MacLellan, came in and tried to get from the representatives of the CMA some information about the study they asked to be done by Woods-Gordon, we got hogwash and only a three-week assessment of what it will be when it does come. We know that they already have those figures, and we would like to know.

Then I have to go to the next point: If it is such an important problem in the minds of the CMA... and I assess underfunding as opposed to the allocation of resources, which is another question—then why is it that their own task force does not have underfunding as one of its main objectives, the

[Translation]

devraient remplacer les 20,000 médecins de famille qui sont relativement bien formés et qui exercent déjà. Je pense que non.

M. McPherson connaît beaucoup plus que moi cette question du rôle des infirmières.

Le vice-président: Monsieur McPherson, pourriez-vous être bref, puisque nous sommes déjà en retard.

M. McPherson: Je serai exceptionnellement bref. Je dirai au fond ceci: la responsabilité vient avec l'autorité. Les médecins, ainsi que l'Association médicale canadienne, ont depuis toujours, et constamment, répété qu'ils étaient tout à fait d'accord pour que les infirmières s'engagent plus à fond dans les soins de santé, par opposition aux soins des maladies, dans la mesure où elles sont prêtes à assumer toute la responsabilité de leurs actes. Tant qu'elles peuvent, mademoiselle MacDonald, demander de s'occuper d'un groupe de patients ou de clients, mais laisser au médecin la responsabilité ultime, nous aurons un problème. Si les infirmières ont l'autorité voulue pour s'occuper d'un groupe de patients ou de clients, alors, allons-y, et que le ministre de la Santé les appuie. Amen!

Le vice-président: Merci, monsieur McPherson.

Monsieur Lachance.

M. Lachance: Tout d'abord, monsieur le président, je voudrais m'excuser auprès de M^{lle} MacDonald de commentaires qui découlaient surtout d'un sentiment de frustration plus que d'autre chose.

J'aimerais commenter le mémoire, à la suite de tous ceux qui l'ont déjà fait, avant de poser une série de questions.

Tout d'abord, le sous-financement: j'ai été surpris de voir que votre mémoire ne s'y attardait pas vraiment. Je n'étais pas surpris d'en voir la mention, mais c'est qu'il s'agissait plutôt d'une déclaration *ex cathedra* plutôt qu'autre chose, sans qu'elle soit accompagnée de données objectives, sauf pour quelques pourcentages du P.N.B. des Maritimes, chiffres que mon collègue, M. Breau, a même remis en question. On n'y trouve aucune donnée fonctionnelle, sauf en ce qui a trait au fardeau supplémentaire que constitueront les personnes âgées dans les années à venir. On n'y trouve pas non plus de comparaisons avec les autres juridictions, sauf pour les déclarations intempestives au sujet de la Grande-Bretagne au cours des questions précédentes. Il n'y a rien, rien qu'une déclaration *ex cathedra*.

Et lorsque mon collègue, M. MacLellan, a tenté d'obtenir, de la part des représentants de l'association, de l'information sur l'étude qui a été commandée à Woods-Gordon, on nous a répondu du bout des lèvres et à peine expliqué ce qu'il devait en être. Nous savons que l'association a déjà en main les chiffres, et nous voudrions bien les connaître.

Je passe au point suivant: si le problème du sous-financement est à ce point important pour l'association—et ici, j'oppose le sous-financement à la répartition des ressources, ce qui est une autre paire de manches—alors, pourquoi son propre groupe de travail n'a-t-il pas fait de ce problème un de ses grands objectifs, conjointement aux besoins d'une popula-

[Texte]

needs of an aging population and the influence of new technology? And this brings me to extra billing.

There is one good thing—there are other good things—with regard to their comments about extra billing in this brief, *comme on dit en français: le chat est finalement sorti du sac. Comme mon collègue, Mr. Blaikie, said: We do not hear any more about this—I use the word phoney—argument about therapeutic value of underfunding. Now we know what it is. We know it is a bargaining tool.*

• 1100

Now I would like to say something about the bargaining tool. We all know, and we all accept, doctors in the system and in society in general perform an absolutely essential service. We all respect that. We all know that doctors have got to be well remunerated; we all accept that. As a matter of fact, it is worth reminding ourselves that they are the group in society that is the best remunerated on average, so let us keep that in mind as a premise. Maybe they deserve it. I will go so far as to say they deserve it. But let us not forget that fact.

Now, if extra billing is an argument which is basically a bargaining tool argument, which means it is a remuneration argument, how does one react to the comment made by Mr. Justice Hall in front of this committee that to use that argument means the doctors in their negotiation with their payees, the provinces, are using extra billing, in other words, are using the sick as a bargaining tool? I, for one, have problems with that argument. I would like you to comment on it.

Dr. Freamo: Mr. Chairman, we have never considered the sick as a bargaining tool. Freedom, and giving up a freedom, a right, deserves some compensation. That is what we are saying in our brief to you, sir.

The Chairman: Dr. Baltzan.

Dr. Baltzan: Unfortunately, doctors deal with sick people, and that is one of the problems we have. The arguments about extra billing are much more likely to use sick people as a bargaining tool than if you removed the right of extra billing, provincial governments get into a situation in which they refuse arbitration, and doctors are forced into a position of job action. That is where unfortunately the tragedy would come.

The point is that everybody seems to be looking for the perfect world, and certainly you can find deficiencies in the arguments we have given supporting the concept that this system runs on, opting out with some limited degree of extra billing. I would suggest to you that when you eliminate that system and go to a completely comprehensive state system, you will find other problems that will probably be much greater. If you think extra billing reduces accessibility, withdrawal of service—which might eventually come down the road if doctors are forced to bargain collectively—is guaranteed to reduce accessibility.

The Chairman: Your last question, Mr. Lachance.

[Traduction]

tion vieillissante et à l'influence de la nouvelle technologie? J'en arrive enfin à la surfacturation.

Il y a quand même du bon, entre autres, dans les commentaires du mémoire sur la surfacturation. Comme on dit en français: le chat est finalement sorti du sac. *As my colleague, M. Blaikie, l'a dit: nous n'entendons plus l'argument bidon voulant que le sous-financement ait une valeur thérapeutique. Nous savons pourquoi maintenant. C'est parce que c'est un instrument de négociation.*

J'aimerais vous en dire deux mots. Nous acceptons tous le fait que les médecins, dans notre système et dans la société en général, dispensent un service absolument essentiel. C'est un fait que nous respectons. Nous savons tous également que les médecins doivent être bien rémunérés, ce que nous acceptons. En fait, rappelons-nous que les médecins forment le groupe le mieux rémunéré en moyenne de notre société. Ne l'oublions pas. J'irai même jusqu'à dire qu'ils le méritent peut-être.

Si la surfacturation est en fait un argument de négociation, c'est-à-dire un argument de rémunération, que dire du commentaire de M. le juge Hall devant notre Comité? Comment expliquer que d'après lui, lors de leurs négociations avec les provinces qui les payent, les médecins utilisent les malades comme instruments de négociations et aient donc recours à la surfacturation? Moi-même, j'accepte difficilement la logique de cet argument. Qu'en pensez-vous?

Dr Freamo: Monsieur le président, nous n'avons jamais utilisé les malades à des fins de négociations. Lorsque nous abandonnons un droit, une liberté, nous avons le droit d'en être compensés. Voilà ce que dit notre mémoire.

Le président: Docteur Baltzan.

Dr Baltzan: Malheureusement, les médecins font affaires avec des gens malades, ce qui est un de nos problèmes. En discutant de surfacturation, on a bien sûr tendance à utiliser les malades comme instruments de négociations; si l'on supprimait simplement le droit à la surfacturation, et si les gouvernements provinciaux en arrivaient à refuser l'arbitrage, cela obligerait les médecins à des interventions en justice, ce qui serait malheureusement tragique.

Nous voudrions tous que tout aille bien dans le meilleur des mondes. Il est évident que l'on pourrait trouver des lacunes dans les arguments que nous avons présentés à l'appui d'une certaine exclusion avec une surfacturation limitée. Je prétends qu'en optant pour un système étatique exclusif, vous rencontrerez d'autres problèmes qui seront sans doute beaucoup plus grands. Si vous pensez que la surfacturation réduit déjà les possibilités d'accès aux soins, je vous assure que de retirer le service—situation dramatique à laquelle on arrivera peut-être si les médecins sont obligés de négocier collectivement—cela réduit tout à fait les possibilités d'accès aux soins, je vous le garantis.

Le président: Votre dernière question, monsieur Lachance.

[Text]

Mr. Lachance: Yes. Dr. Baltzan, you just used the word "limited". That is an interesting word. In 1982, was it not, the doctors refused categorically to exercise discipline, impose discipline in terms of limiting extra billing? In other words, they decided the problem could just be swept under the carpet.

Now, you cannot have it both ways. I mean, really, this extra billing is either a problem, or it is not a problem. If it is a problem, in society's terms, we act, and we do act. If it is a problem for the doctors, well then why is it that it did not act when it was time to act, to try to limit it? And finally, if it is such a big problem—and it is 2% as you said of the general price... could we say that if we increased by 2% the remuneration of doctors we could just forget about extra billing?

Dr. Baltzan: No, you cannot say that. I said there was a limited amount of extra billing, and when you have 1.67% of the physician's income coming from patients and 98.33% coming from the government, I think the word "limited" is justified. I mean, that is a limited portion. It is not a huge fraction.

Furthermore, we said that the situation would take care of itself. In Saskatchewan 21 years ago, when medicare was introduced on a provincial basis, between 9% and 10% of the bills sent to patients contained an extra charge. Last year 2.5% contained an extra charge. The same is true in every province in Canada over the last five years. The ratio of government payment to private payment has fallen; extra billing is being limited by the normal Canadian democratic mechanisms without an arbitrary law being imposed upon it. Now this does not satisfy some people who wish to get rid of it by fiat. All I have said to you is get rid of it by fiat if you choose—it is indeed your power—but do not delude yourself into thinking you have solved the problem because other problems will arise which are much greater.

• 1105

Mr. Lachance: Second round.

The Chairman: Thank you, Doctor. On the first round I still have Dr. Lang, Mr. Allmand, Dr. Hudecki, Mr. Marceau. I will have to be very strict on the length of time, which is five minutes... and, Joe Reid. I will go then to Dr. Lang and then to Mr. Reid.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman. I think probably the most important thing here is whether the best health care system we have is in danger of damage to the extent that people's health, in terms of morbidity or mortality, is in any way endangered. So I will just put the question straight to you.

Dr. Freamo: We talked earlier about hospitals; we talked about whether they are over-funded or under-funded. We all

[Translation]

M. Lachance: Oui. Docteur Baltzan, vous avez dit «limitée». C'est très intéressant. En 1982, les médecins n'ont-ils pas refusé catégoriquement de s'imposer une discipline pour limiter la surfacturation? Autrement dit, n'ont-ils pas tout simplement décidé de fermer les yeux sur ce problème?

On ne peut pas avoir le meilleur des deux mondes. Il faut décider que la surfacturation constitue un problème ou n'en constitue pas un. Si c'est un problème, aux yeux de la société, alors il faut agir. Si c'est un problème pour les médecins, pourquoi la société n'a-t-elle pas tenté de limiter les dégâts lorsqu'il en était temps? Enfin, si vous prétendez que le problème est si aigu que cela—vous avez parlé de 2 p. 100 des prix—les médecins accepteraient-ils d'abandonner la surfacturation si nous devons décider d'augmenter de 2 p. 100 leur rémunération?

Dr. Baltzan: Non, ça ne marche pas comme ça. J'ai parlé de surfacturation limitée: en effet, lorsque 1.67 p. 100 des revenus du médecin proviennent de ses patients et que les 98.33 p. 100 qui restent lui parviennent du gouvernement, j'ai raison de parler de «limitée». Cela ne représente pas une fraction énorme de ses revenus.

En outre, nous avons dit que la situation se réglerait d'elle-même. En Saskatchewan, lorsque l'assurance-maladie a été introduite province par province il y a 21 ans, 9 à 10 p. 100 des factures envoyées aux patients incluaient des frais supplémentaires. L'année dernière, ce chiffre était tombé à 2.5 p. 100. C'est la même chose dans toutes les provinces du Canada, et ce depuis cinq ans. Le rapport des paiements gouvernementaux aux paiements privés a diminué et la surfacturation se voit limitée par le processus démocratique normal au Canada sans qu'il soit nécessaire d'imposer arbitrairement une loi. Il y a des gens qui n'en sont pas satisfaits, et qui voudraient s'en débarrasser par simple décret. La seule chose que j'ai à vous dire, c'est que si vous choisissez cette solution—qui est d'ailleurs en votre pouvoir—ne vous faites surtout pas d'illusions en croyant que vous aurez résolu le problème, étant donné que cela entraînera d'autres problèmes beaucoup plus graves.

M. Lachance: Deuxième tour.

Le président: Merci, docteur. Sur la liste du premier tour j'ai encore le Dr Lang, M. Allmand, le Dr Hudecki et M. Marceau. Je vais donc devoir être très sévère en matière de temps, c'est-à-dire cinq minutes... et, je vois qu'il y a aussi Joe Reid. Je vais donc passer la parole au Dr Lang et ensuite à M. Reid.

M. Lang: Merci, monsieur le président. Je pense que la chose la plus importante ici est de savoir si le meilleur dispositif de santé dont nous disposons est en danger, c'est-à-dire de savoir si la santé même des citoyens, et donc en quelque sorte leur survie, est elle-même menacée. Voilà donc la question que je vous adresse directement.

M. Freamo: Nous avons parlé tout à l'heure des hôpitaux; nous avons débattu pour savoir s'ils étaient surfinancés ou au contraire sous-financés. Nous nous reportons tous aux

[Texte]

look at statistics, and I must admit that our study is a largely statistical study over a five-year period.

Doctors are basically in the front line. They know where the problems are before they get reflected in Statistics Canada's analysis some two or three years later. I got into a great argument about a year ago with an individual, who is not in this room, whether the problems that are reported, which were deaths because people could not get into hospital, were statistically significant. I had to admit that I could not prove that the number of deaths was statistically significant, but if I look at the concept in a different way and at a different meeting, I think one death has to be statistically significant if caused by problems with the hospital system. This is what you get. Death and extra billing, I think, Mr. Blaikie, are sort of at the extremes of the situation; we would agree with that.

The Chairman: Order please. Order please.

Mr. Lang: Mr. Chairman, my concern is that we have a group here that represents the primary health-care providers in Canada and I put it to our witnesses that if you are trying to leave the committee with the impression that the proposed legislation or that the present health care system is in any way in danger, I do not think you have left that impression at all.

You know. It has been a gay old time, laughing and joking, which is fine, but that also implies that there really is not any serious situation here.

We have been talking about labour-management negotiations, extra billing, non-extra billing. If there is a problem, let us hear it.

The Chairman: Dr. McPherson.

Dr. McPherson: Yes, well, Mr. Chairman, there is a problem. If you want us to enunciate it and describe it and define it, we can do that for you very well. We had a cross-country study which looked at it from city to city. We looked at the utilization of beds; we looked at the accessibility of a variety of tertiary care services. We have a task force which is currently looking at allocation of health resources, which will be coming forward. We are probably doing more, at the Canadian Medical Association, to look at and define and identify the problems than anybody else in this country. I would like to remind you, however, that what we are identifying is not just today's problem. We are identifying the possibility of a problem for the future.

What we are saying to you is that if you take away the freedom—which is hardly ever exercised, frankly—of opting out of a system and forming a contract between a patient and a physician, you will introduce a whole new set of difficulties, and I seriously say to you that one of the problems we are talking about is a problem down the road that relates to state medicine. We have a very good example, well defined in a reputable journal discussing the problems in the National Health Services and accessibility.

[Traduction]

statistiques, dans ces cas, et je dois dire que notre étude est une étude essentiellement statistique portant sur une période de cinq ans.

Les médecins, en fait, sont aux premières lignes. Ils sont où sont les problèmes bien avant que ceux-ci ne se retrouvent dans les analyses de Statistique Canada, deux ou trois ans plus tard. À ce propos, j'ai eu une longue discussion il y a à peu près un an avec une personne qui ne se trouve pas ici aujourd'hui, pour savoir si les cas de mortalité due au fait que le malade n'avait pas pu être admis à l'hôpital avaient une existence statistique. J'ai dû reconnaître que je ne pouvais pas prouver que le nombre de décès de ce genre pouvait déjà faire l'objet d'une statistique, mais si j'étudie la question sous un autre angle, je dois reconnaître qu'une seule mort devient une statistique significative dès lors qu'elle peut être imputée aux difficultés que connaît le système hospitalier. Voilà donc à quoi l'on en arrive. Le décès d'un côté, et de l'autre la surfacturation, qui représentent, monsieur Blaikie, les deux composantes extrêmes de ce dilemme; nous serions d'accord avec cela.

Le président: À l'ordre! À l'ordre!

M. Lang: Monsieur le président, nous avons ici un groupe de témoins qui représentent les premiers responsables des soins dispensés au Canada, et je tiens à leur dire ceci: si vous cherchez à donner au Comité l'impression que le projet de loi met en danger notre système médico-hospitalier, vous n'y avez tout simplement pas réussi.

Voilà. Nous avons eu du bon temps, nous avons beaucoup ri et beaucoup plaisanté, tout cela est très bien, mais cela donne aussi l'impression que la situation n'est pas bien grave.

Nous avons parlé de relations entre patron et employés, de surfacturation, ou de facturation unique. S'il y a un véritable problème, qu'il nous soit exposé.

Le président: Docteur McPherson.

M. McPherson: Oui, eh bien, monsieur le président, il y a vraiment un problème. Si vous voulez que nous l'énoncions, et en fassions une analyse, nous pouvons très bien le faire. Nous avons fait une étude qui prend le cas de chaque ville d'est en ouest. Nous avons analysé le problème de l'utilisation des lits; nous avons aussi considéré la question de l'accès à toute une gamme de services de soins tertiaires. Nous avons en ce moment un groupe de travail qui étudie l'allocation des ressources de santé, et qui fera un exposé. L'Association médicale canadienne fait sans doute beaucoup plus que quiconque au pays pour étudier la situation, définir et repérer les problèmes qui se posent. J'aimerais toutefois vous rappeler que nous ne faisons pas qu'identifier un problème du jour, mais bien au contraire la probabilité d'un problème à venir.

Ce que nous disons est ceci: si vous supprimez la liberté—dont en général on ne se sert pas, franchement—de sortir d'un système pour permettre qu'un contrat soit conclu entre le malade et le médecin, vous vous exposez à toute une gamme de difficultés, et je vous avertis très sérieusement que l'un de ces problèmes dont nous parlons à ce propos a trait à la médecine étatisée. Nous en avons un très bon exemple, dont il est question dans un journal tout à fait réputé, qui discute de cette question de l'accès aux services publics de santé.

[Text]

Mr. Lang: That is what I am asking you to share with us. Give me some examples of how people's health is going to suffer. In what way will morbidity and mortality . . .

Dr. MMcPherson: Should I begin . . .

Furthermore, the overall rate of treatment of chronic renal failure in Britain is less than half that in the United States. Kidneys are transplanted at a comparable rate but dialysis carried out in Britain at a rate less than one-third that in the United States. Great Britain has only one-sixth the CAT scanning capability. The British hospital system has one-fifth to one-tenth the number of intensive-care beds. The rate of coronary artery surgery in Britain is 10% that of the United States. Chemotherapy for potentially curable tumors is administered at approximately the same rate; on the other hand, tumors that are not highly responsive to chemotherapy are treated far less often.

• 1110

I am a cancer doctor. I can tell you we provide the best cancer care in the world at the present time. I would hate us to be in the situation they are in right now in the United Kingdom. I suspect that is what is coming.

The Chairman: Thank you, Dr. Lang.

Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman. I, too, welcome the opportunity to question the witnesses, who are the persons primarily responsible for the delivery of medicare in this country.

Mention has already been made that we had the distinguished Justice Emmett Hall before us earlier this week. He pointed out at the outset of medicare it was not intended that the doctors become functionaries of the state, and that is still not the intention. I relate that first of all to your concern today with respect to co-operation and the necessity of the practitioners' becoming more involved in medicare in all its aspects down the road, and comment has been made with respect to other professions in the same category.

I am prepared to say Bill C-3 is primarily designed as a one-purpose Bill rather than a revision of the medicare system and making improvements down the road. If we intervene now to remove that one bargaining arm you have—and it has been fairly clearly enunciated today that extra-billing is primarily an economic bargaining arm—how do you protect yourselves with respect to level of income other than withdrawal of services?

[Translation]

M. Lang: Voilà exactement ce que je vous demande de nous décrire. Donnez-nous quelques exemples qui montrent à quel point la santé de la population risque d'en faire les frais. Dans quelle mesure également la mortalité et la morbidité . . .

M. McPherson: Pourrais-je commencer . . .

De plus, le nombre de cas d'affections rénales chroniques traitées en Grande-Bretagne est moins de la moitié de ce qu'il est aux États-Unis. Le nombre des transplantations de reins est comparable, mais le nombre des dialyses est en Grande-Bretagne moins de un tiers de ce qu'il est aux États-Unis. Par ailleurs, la capacité britannique en matière de scanners CAT est un sixième de ce qu'elle est aux États-Unis. Le système hospitalier britannique met à la disposition de la population un nombre de lits pour soins intensifs qui est à peu près de un cinquième à un dixième de ce qu'il est aux États-Unis. En Grande-Bretagne, le nombre des interventions chirurgicales au niveau du myocarde représente 10 p. 100 du chiffre américain. La comparaison est à peu près la même en ce qui concerne la chimiothérapie destinée à soigner les tumeurs que l'on estime curables; par ailleurs, les tumeurs qui ne répondent pas de façon immédiatement positive à la chimiothérapie sont beaucoup moins souvent traitées.

Je suis un spécialiste du cancer. Je peux vous dire que pour le moment nos soins en cancérologie sont les meilleurs au monde. Je serais alarmé si nous étions dans une situation comparable à celle du Royaume-Uni. Pourtant, je crains bien que ce soit ce qui nous attend.

Le président: Merci, docteur Lang.

Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président. Moi aussi, je me félicite de pouvoir poser des questions aux témoins, qui sont effectivement aux premières lignes en matière de soins médicaux.

On a parlé il y a quelques instants de la réunion où l'éminent juge M. Emmett Hall a comparu. Il a bien fait remarquer que dans les premières années de notre système d'assurance-maladie et de soins médico-hospitaliers il n'était pas du tout question que les médecins deviennent des fonctionnaires de l'État, et qu'il n'en est toujours pas question. Je rapporte cela à ce que vous avez dit en matière de collaboration, et surtout à propos de la nécessité que le médecin s'implique de plus en plus dans toute cette question de l'assurance-maladie et des services médico-hospitaliers, ce dont il a été également question à propos d'autres groupes professionnels de la même catégorie.

Je pense que le projet de loi C-3 est essentiellement conçu comme un projet de loi à un seul objectif, plutôt que comme une refonte de notre système médico-hospitalier destiné à l'améliorer au fil des années. Si nous intervenons maintenant pour supprimer ce levier de négociation dont vous disposez—et l'on a bien dit aujourd'hui que la surfacturation était essentiellement un moyen de pression économique—que vous restera-t-

[Texte]

The Chairman: Dr. Vail.

Dr. Vail: Mr. Chairman, of course this is a very key question, and unfortunately, it is a question I have difficulty in answering briefly, quickly or accurately. I tried to indicate that to you, sir, in my earlier evidence.

This is a very, very complex issue, and it is an issue that cannot be solved by just one word. We were accused—and maybe I was accused—a few minutes ago by one of your members, sir, of saying: Why do we not have an answer to this problem? Well, I ask you to reconsider the statement I made to you. The statement is that, to my knowledge, there is no magnificent, beautiful way of handling labour and management in the largest context. Men and women have devoted untold energy to try to solve this problem and prevent work action strikes or whatever words you wish.

We face a very similar complex problem, and I am sorry I do not have an answer for you like that. I do not see an answer anywhere in Canadian or international literature to answer that problem. It does not mean it cannot be solved; human ingenuity certainly may be capable, but at the moment the answer is not there. I am sorry, sir, but I cannot be more accurate than that.

The Chairman: Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Let us move, then. I think you have posed a very pertinent and important aspect which we, as a committee, have to consider when we consider Bill C-3.

On the reference to accessibility, it has been clearly enunciated that accessibility to medicare and all its aspects of assistance to the person who wants that help is deterred by reason of extra-billing. Can you indicate anywhere, with respect to this Bill before us, where accessibility will be improved by reason of the elimination of extra-billing?

Dr. Vail: Very briefly, my answer is no.

The Chairman: This will be your last question, Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Then might I ask this question, Mr. Chairman, in very broad terms? Again, The Canadian Medical Association is that profession closest related to it and the problems before us. What changes do they foresee that would stem from the passage of Bill C-3? I am looking at all its aspects—the precedent aspect, availability . . .

[Traduction]

il pour protéger votre revenu, si ce n'est le refus de délivrer des soins?

Le président: Dr Vail.

M. Vail: Monsieur le président, voilà précisément la question clé, et malheureusement, c'est une question à laquelle j'ai du mal à répondre rapidement, tout en restant précis. J'ai cherché à vous donner quelques renseignements là-dessus, monsieur, dans mon intervention du début.

C'est une question très complexe, et elle ne peut pas être résolue comme cela. Nous avons été accusés—peut-être ai-je été moi-même accusé—il y a quelques minutes par l'un des membres du Comité, d'avoir dit: comment se fait-il que nous n'ayons pas de réponse à cette question? Eh bien, je vous demande de repenser à ce que je vous ai dit. Cela veut dire, à ma connaissance, qu'il n'y a pas de recette miracle pour régler les problèmes qui existent entre par exemple, de façon très générale, le patron et les employés. Des hommes et des femmes ont dépensé des sommes faramineuses d'énergie pour chercher à résoudre ce problème, pour essayer d'éviter les grèves, ou autres.

Nous sommes, dans notre cas, face à un problème d'une complexité semblable, et je suis désolé de ne pas avoir de réponse à la question. Je n'ai trouvé personne au Canada qui puisse la donner, et je ne l'ai pas trouvée non plus dans toutes les analyses que l'on peut lire dans la presse internationale. Cela ne veut pas dire que la solution n'existe pas; l'homme est plein de ressources, mais pour le moment nous n'avons pas de réponse. Je suis désolé, monsieur le député, mais je ne peux pas être plus explicite que cela.

Le président: Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Passons, alors. Je pense que vous avez par ailleurs soulevé une question tout à fait pertinente, que nous devons nous aussi nous poser, à propos de ce projet de loi C-3.

Lorsqu'il est question d'accès aux soins, on dit de façon très claire que la surfacturation est un élément dissuasif. Pensez-vous, par rapport au projet de loi dont nous discutons, que l'accès sera amélioré si l'on abandonne la surfacturation?

M. Veil: Très rapidement, ma réponse est non.

Le président: Votre dernière question, monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Puis-je alors formuler ma question, monsieur le président, en termes très généraux? L'Association médicale canadienne représente la profession actuellement la plus concernée par les problèmes dont nous débattons ici. Quels changements, à votre avis, peut-on escompter de l'adoption du projet de loi C-3? Je m'intéresse à tous les aspects de la question—et notamment à ce dernier aspect, celui de l'ouverture . . .

The Chairman: Perhaps a fairly brief answer, please.

Le président: Une réponse peut-être courte si possible.

[Text]

Dr. Vail: Well, I think we have attempted, and maybe we have not articulated it well enough, that the problem the bill addresses is a very limited area. That is our first problem. It should address a much broader area. It should address the health of Canadian people. That is what the bill should address, not just one little component of it. That is one of the arguments; the other arguments I think you have heard, Mr. Chairman. That is after all *the* question as far as I and my colleagues are concerned.

The Chairman: Thank you, Dr. Vail. I will go to Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Thank you, Mr. Chairman.

While I am very strongly committed to our medicare system and the principles in this bill, I have very high esteem for the medical profession and highly value their opinions on the matters before us. I think it is essential that we come out finally with a bill that the profession in Canada is comfortable with and can live with. In other words, I think we have to work towards co-operative solutions in resolving these problems.

If I understand the brief properly, you deal with two major issues; one is the underfunding of the system; the second is the extra-billing question. Again, on that, if I can summarize your position, it appears to be that on extra billing your preferred position would be that there be no restrictions in federal legislation on extra billing, but you say that if we insist on going ahead with this bill, your right to bargain should be protected; that we provide, or insist that the provinces provide, for a system similar to the Public Service Staff Relations Act. Now under that legislation, public service unions and associations can either opt for the strike route or the arbitration, conciliation route. I just want to make absolutely clear that you are willing to live with a system which is similar to the Public Service Staff Relations Act. That is what you are recommending in your brief.

Mr. Freamo: The options it contains are very important for future negotiations for the profession.

Mr. Allmand: Okay. That is clear on that question.

With respect to the underfunding problem, we are told that in Canada we now spend about 8% of our GNP on our medicare system, our health care system. In the United States, they spend about 10%. If you have not reached any opinions on this, simply say so. Would you recommend that we, in Canada, increase the percentage of GNP dedicated to our health care system or that we make more efficient use of the moneys already committed to it?

Mr. Freamo: Mr. Chairman, perhaps I will answer that one, sir.

[Translation]

M. Vail: Nous avons essayé, mais nous ne l'avons peut-être pas formulé de façon suffisamment claire, de dire que le projet de loi s'intéresse à un aspect très limité de la question. Voilà notre première difficulté. Le projet de loi devrait être beaucoup plus général dans sa portée. Il devrait se pencher sur la question de la santé des Canadiens. Voilà ce sur quoi le projet de loi devrait porter, bien au-delà de cet aspect très limitatif dont nous parlions plus haut. Voilà donc une de nos réponses; pour le reste, monsieur le président, je pense que vous les avez entendues. Voilà, après tout, l'essentiel de ce qui nous préoccupe, mes collègues et moi-même.

Le président: Merci, Dr Vail. Je vais passer la parole à M. Allmand.

M. Allmand: Merci, monsieur le président.

Je me sens très concerné par l'avenir de notre système médico-hospitalier, ainsi que par les principes énoncés par ce projet de loi, et en même temps j'ai la plus haute estime pour la profession médicale, dont l'avis a pour moi une importance essentielle dans la situation présente. Je crois qu'il est important que nous présentions un projet de loi dont la profession médicale du Canada puisse s'accommoder. Autrement dit, je pense que nous devons chercher des solutions en faisant preuve de compréhension mutuelle pour résoudre les problèmes qui se posent.

Si j'ai bien compris votre mémoire, vous vous penchez sur deux aspects essentiels de la question; d'une part le sous-financement de notre système, d'autre part la surfacturation. Là-dessus, si je peux résumer votre position, vous semblez préférer que la surfacturation ne fasse pas l'objet d'une réglementation fédérale la restreignant, mais en même temps, et au cas où nous voudrions absolument adopter ce projet de loi tel quel, vous demandez que votre droit à négocier soit protégé; c'est-à-dire que nous instituions, ou que les provinces instituent, un dispositif comparable à celui de la Loi sur les relations de travail dans la Fonction publique. D'après cette loi, les syndicats de la Fonction publique et les associations professionnelles, ont le choix entre la grève—arbitrage et la conciliation. Il est donc clair que vous êtes disposés à vous accommoder d'un dispositif semblable à celui de la Loi sur les relations de travail dans la Fonction publique. Voilà ce que vous recommandez dans votre mémoire.

M. Freamo: Il expose en effet un certain nombre de solutions qui sont très importantes pour le cas où la profession aurait des négociations à mener.

M. Allmand: Très bien. Là-dessus les choses sont claires.

Pour ce qui est du sous-financement, on nous dit qu'au Canada nous dépensons environ 8 p. 100 du PNB pour le système médico-hospitalier, c'est-à-dire notre santé. Aux États-Unis, on alloue 10 p. 100. Si vous n'avez toujours pas d'avis sur la question, dites-le nous. Mais, recommanderiez-vous que nous augmentions ce pourcentage au Canada, ou que nous utilisions simplement de façon plus efficace les sommes déjà consacrées?

M. Freamo: Monsieur le président, je vais peut-être répondre là-dessus.

[Texte]

We see that there are priorities within the system that have to be addressed. Perhaps the initial priority has to be one of capital spending on plant and equipment and replacement across the country. This is different from money put into the system to sustain it on a continuing basis.

If you could develop the chronic-care hospital beds we need and the ancillary programs surrounding them, you would provide additional acute beds within the system and that would do a great deal to alleviate the waiting periods to get into hospital for elective conditions.

Now the next priority is likely again within the hospital system, to look at the equipment and to look at the new technology and whether or not we have the newest technology available or sufficiently available to Canadians.

The basis of all of our health care planning and our health care deliberations has been to sit down and talk about the problems with all of the players involved, but here we are not. We are sitting back and saying: This is it; this is the stick. We have to sit down and talk about where we are going to put money, where our priorities are in the health care system. We certainly need a great deal. Two years ago, we estimated that we needed an additional \$3 billion in the health care system, not all for running hospitals, and what have you, but to build it up, to give us the replacement of plant that is so necessary in eastern Canada, to provide up-to-date . . . You know, we have a system in Canada where we have two CAT scanners in London, Ontario, and we have many cities of comparable size in the country that do not have a CAT scanner at all. We have to sit down and do a good job in planning and it has to be based on consultation, meaningful consultation, and trust in each other in allocating the moneys where they are going to do the most good.

• 1120

Mr. Allmand: The chairman is going to cut us off quickly and I want to get right to the issue here: You feel that extra moneys have to be put into the system—you said that a few years ago it was \$3 billion. Do you believe those extra funds should be provided through the taxation system, as the hospital side is now? I am not talking about the medicare side. In other words, should we, as Canadians, be prepared to pay more taxes to do these very things you are talking about? Or should they be done through the user fee system, which bears on just one group of people, really, and at the worst time, when they are sick?

Dr. Vail: Mr. Chairman, this is a good question. There are two components. One is the question that has just been addressed. I think that, sir, with all due respect, is a political decision that must be made by the politicians of Canada—

[Traduction]

Il y a un certain nombre de priorités à prendre en compte. La première est celle des dépenses d'immobilisation, pour les installations, le matériel et son renouvellement. À cela s'ajoutent ensuite les dépenses de fonctionnement permettant au système de fonctionner de façon continue.

Si vous pouviez allouer les sommes nécessaires au nombre de lits pour soins de longue durée dont nous aurions besoin, avec en même temps les programmes connexes que cela implique, vous pourriez par là même augmenter le nombre de lits disponibles pour soins de courte durée, et cela raccourcirait de beaucoup l'attente des personnes qui veulent être hospitalisées pour autre chose qu'une urgence.

Une autre priorité sur notre liste, à l'intérieur du système hospitalier, est celle du matériel, et de l'acquisition des nouvelles techniques; il est important de disposer des dernières techniques, et que les Canadiens y aient accès de façon satisfaisante.

La base de toute notre planification et de toutes nos délibérations concernant la santé a toujours été de nous réunir et de discuter des problèmes avec tous les participants concernés; mais dans ce cas-ci ce n'est pas ce qui se passe. Nous restons un peu en spectateur, et nous nous contentons de dire voilà où est le problème. Or, nous devons donc nous asseoir à la même table, discuter des allocations de crédit et des priorités en matière de santé. Les besoins sont certainement énormes. Il y a deux ans, nous avons calculé qu'il nous fallait 3 milliards de dollars supplémentaires pour la prestation des soins de santé, non seulement pour l'administration des hôpitaux qui existaient à ce moment-là, mais pour que nous puissions, dans l'est du pays surtout, remplacer certaines unités au besoin . . . Saviez-vous qu'à London, en Ontario, il y a deux tomographes alors que dans d'autres villes à peu près de la même taille, il n'y en a pas du tout. Il y a donc beaucoup à faire du côté de la planification et pour cela il faut procéder à des consultations sérieuses. Il faut que la confiance règne quand il s'agit de répartir des sommes d'argent pour qu'elles soient utilisées au mieux.

M. Allmand: Le président va nous interrompre sous peu et c'est pourquoi je voudrais en venir tout de suite au fait: vous pensez qu'il faut injecter plus d'argent et vous dites qu'il y a quelques années on avait estimé qu'il fallait 3 milliards de dollars. Pensez-vous que ces sommes supplémentaires devraient être obtenues en augmentant les impôts qui permettent de financer les hôpitaux actuellement? Je ne parle pas ici de l'assurance-maladie. En d'autres termes, la population canadienne devrait-elle être prête à payer plus d'impôt pour réaliser ce que vous venez de décrire précisément? Devrait-on au contraire recourir à un régime de frais modérateurs qui met à contribution un groupe de la population seulement, et avec cela, à un moment très éprouvant, c'est-à-dire dans la maladie?

Dr. Vail: Monsieur le président, cette question est intéressante et elle comporte deux éléments dont l'un vient d'être discuté. Je vous répondrai, très respectueusement monsieur, qu'il s'agit d'une décision politique que doivent prendre les

[Text]

provincial and federal—that is, where are they going to get the money from? It has to come from some source.

Mr. Allmand: But, sir, the Bill tries to prevent its coming from user fees.

Dr. Vail: That is correct.

Mr. Allmand: But if we are to do what you suggest, we, as Canadians, must provide for those needed facilities and the technology through the tax system.

Dr. Vail: That seems to me to be reasonable.

I have another . . .

Mr. Allmand: I just want to know whether you said that.

The Chairman: Order, please!

Dr. Vail: There is one other point . . .

The Chairman: Be fairly brief, please.

Dr. Vail:—just a little comment. I am always a bit concerned—and this is a bit of a challenge to you, sir, and your committee members—I am always a bit concerned that we tie health care cost to GNP. I know it is a nice statistical tool, but the GNP goes up and down according to the fortune or ill fortune of our economy. Sickness does not. In fact, there is some evidence, maybe, that when the economy gets poor, sick costs go up. I just wonder, sir, if we are putting in the right standards—GNP and health care costs. I think there must be a better method of funding than that formula.

Mr. Allmand: My final . . .

The Chairman: Order, please! I have to go to Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: Thank you, Mr. Chairman. I have just one statement and a question I would like to put forward. Up until now, we have talking about essential medical care, yet the Canadian public is sophisticated and knowledgeable enough to know that there is such a thing as quality of care, a sort of a state of the art that they demand. Most of us in the medical profession are constantly being asked, even amongst Members of Parliament, who is specially trained in this, who has special qualifications in such-and-such an area. I wonder if one of you, you who are in charge of health in Canada, could enunciate some of the qualities that are required to maintain the present standard and to improve it. I am referring to taking into consideration the training of the doctors, the research they have done and the experience they have had. This is not addressed in the fees. I think part of the responsibility rests with the Canadian medical profession itself, too, because fee schedules are enunciated and agreed upon at the provincial level. Before the provinces can be addressed and asked for proper compensation, that should be faced within the associations themselves.

This is a very important aspect of medical care and it is constantly neglected. The impression is that you go into a hospital and you get your cardiac surgery; it almost appears as

[Translation]

hommes politiques canadiens, à l'échelon provincial comme à l'échelon fédéral. En effet, il leur appartient de décider d'où proviendra l'argent car il faut bien le trouver quelque part.

M. Allmand: Mais, monsieur, les dispositions du projet de loi essaient d'éviter le recours aux frais modérateurs.

Dr Vail: Vous avez raison.

M. Allmand: Pour réaliser ce que vous avez proposé, les Canadiens doivent payer les installations technologiques nécessaires avec leurs impôts.

Dr Vail: Cela me semble indiqué.

J'ai un autre . . .

M. Allmand: Je voulais savoir si vous aviez bien dit cela.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Dr Vail: Il y a un autre . . .

Le président: Soyez bref, s'il vous plaît.

Dr Vail: Une brève remarque. Permettez-moi de vous soumettre un argument à vous, monsieur, et aux autres membres du Comité. Je suis toujours perplexe quand on établit des rapports entre le coût des soins de santé et le P.N.B. Je sais que cela fournit un outil statistique attrayant, mais le P.N.B. grimpe et dégringole suivant les aléas de l'économie. Il n'en va pas de même pour la maladie. En fait, on peut prouver que quand l'économie va mal, les coûts des soins de santé grimpent. Voilà pourquoi je me demande si ce rapport entre le P.N.B. et les coûts des soins de santé est bien la meilleure formule que l'on peut utiliser pour le financement.

M. Allmand: Ma dernière . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Je dois donner la parole à M. Hudecki.

M. Hudecki: Merci, monsieur le président. Je n'ai qu'une question à poser que je voudrais faire précéder d'une remarque. Jusqu'à présent, on a parlé des soins de santé essentiels, mais la population canadienne est assez bien renseignée pour se rendre compte que l'on peut exiger des soins de santé d'une certaine qualité. On demande constamment aux médecins, même à ceux qui sont députés, qui par exemple est spécialiste dans un tel domaine, qui a des compétences spéciales dans tel ou tel autre domaine. Vous êtes responsables de la santé au Canada et je me demande si l'un d'entre vous pourrait énumérer les qualités qu'exige le maintien de la norme actuelle et, le cas échéant, son amélioration. Je pense ici à la prise en compte de la formation des médecins, de la recherche qu'ils ont faite et de l'expérience qu'ils ont acquise. Les honoraires n'en tiennent pas compte. On peut dire que ce sont les membres de la profession médicale canadienne qui en sont responsables en partie car en fait, l'échelle des honoraires est fixée et adoptée à l'échelon provincial. Mais avant de demander aux provinces une indemnisation appropriée, les associations de médecins elles-mêmes devraient se pencher sur la question.

C'est un aspect capital des soins médicaux que l'on néglige constamment. On a l'impression que n'importe qui peut obtenir automatiquement à l'hôpital une opération de chirurgie

[Texte]

though it is automatic. Yet behind it are years of experience and training and a tremendous input of skill, talent and hard work. I think this should be enunciated by the Canadian Medical Association.

Dr. McPherson: Mr. Chairman, I am not sure that I can say much in answer to that question, except that I frankly think it touches upon a very anomalous circumstance, which Dr. Hudecki clearly understands and many people do not understand. It is that this Bill in no way addresses, or tries to identify, what is or what is not an essential health care service. At no time have we ever, in this country, come to a realization of what is an essential health care service.

• 1125

It appears that anything which is provided by a physician to a patient is an essential health care service. Has anybody in this room ever thought to themselves whether or not the 14-year-old boy with juvenile acne is in requirement of essential services to a greater extent than the middle-aged woman who is going through a divorce proceeding with four kids and with a \$10,000-a-year salary?

The whole thing is anomalous. There are many things that we as physicians do—and I am probably going to get my head knocked off when I get out of this room—there are many things we physicians do that by the strictest criteria could not be considered to be essential health services; and why in the heck a Canada Health Act has to provide, out of the public purse, payment for those services is beyond me.

Mr. Hudecki: I think this has a bearing on the doctors' fees. Part of it has to be addressed within the various associations in order that a total sum may come as to what the eventual demands are going to be of the provinces. Many of the fee schedules do not address themselves to the quality of care.

The other point I wanted to bring out is the amount of work that is done within the hospital setup and within the university setup in the community of teaching, of hospital administrative work, which is really done without any compensation. I think this should be recorded at a meeting such as this.

My final question concerns how many times the Canadian Medical Association makes comments on income from provincial sources, and yet most of us... and even with the help of your economists, I find it very difficult to get a precise accounting of where that money comes from and how it is spent at each provincial level.

Mr. Freamo: I do not know precisely the question, sir. Are you talking about physicians' incomes, or are you talking about the federal-provincial...

Mr. Hudecki: I was bootlegging in a second question.

Mr. Geekie: Mr. Chairman, having heard Dr. Hudecki raise this before, perhaps I can again serve as an intermediary communicator. I think the point that Dr. Hudecki is making is that the current benefit schedules, the payments paid to physicians, do not necessarily reflect the excellence of the

[Traduction]

cardiaque, mais on semble oublier que cela signifie pour le chirurgien des années d'expérience et de formation et énormément de compétence, de talent et de travail. Je pense que l'Association médicale canadienne devrait bien expliciter cela.

Dr. McPherson: Monsieur le président, je n'ai pas grand-chose à dire en réponse à cette question, mais je voudrais signaler que M. Hudecki fait allusion ici à des circonstances très singulières, qu'il comprend de toute évidence mais que beaucoup de gens ne comprennent pas. En effet, il n'y a absolument pas dans les dispositions de ce projet de loi de volonté d'identifier ce qui constitue un service de soins de santé essentiel. Jamais au Canada, nous ne nous sommes demandés avec précision quels étaient les soins de santé essentiels.

Il semble que tous les soins donnés par un médecin à un patient constituent un soin essentiel. Est-ce que quelqu'un ici s'est déjà demandé si les soins dont a besoin un garçon de 14 ans qui souffre d'acné sont plus essentiels que ceux dont a besoin une femme dans la quarantaine qui est en instance de divorce, qui a quatre enfants et touche un salaire de 10 000\$?

Il y a quelque chose qui ne va pas. Au risque de me faire vertement critiquer, je tiens à signaler qu'il y a beaucoup de choses que nous médecins faisons et qui, strictement parlant, ne pourraient pas être considérées comme des soins essentiels. Pourquoi alors la Loi canadienne sur la santé exige-t-elle que ces soins soient payés à même les deniers publics? Je me le demande.

M. Hudecki: Je pense que cela a quelque chose à voir avec les honoraires des médecins. Il faudrait que les diverses associations réfléchissent à la question et s'entendent sur la somme totale qu'on pourrait demander aux provinces. Beaucoup d'échelles d'honoraires ne tiennent même pas compte de la qualité des soins.

Je voudrais également attirer l'attention sur le travail fait à l'hôpital, à l'université, par les enseignants, sur le travail hospitalier administratif qui n'est jamais véritablement rémunéré. Je pense qu'on devrait le signaler ici en particulier.

L'Association médicale canadienne s'est prononcée sur les revenus de source provinciale et la plupart d'entre nous... Même avec l'aide d'économistes, il est difficile d'obtenir des chiffres précis sur la provenance de cet argent et sur la façon dont il est dépensé par les provinces.

M. Freamo: Je ne sais pas très bien à quoi vous faites allusion, monsieur. Parlez-vous des revenus des médecins ou des sommes...

M. Hudecki: J'essayais de glisser une deuxième question.

M. Geekie: Monsieur le président, étant donné que j'ai entendu les remarques de M. Hudecki tout à l'heure, peut-être puis-je encore servir d'intermédiaire. Je pense que M. Hudecki veut signaler que les barèmes actuels, les honoraires versés aux médecins actuellement, ne tiennent pas compte de façon très

[Text]

specific individual—training, etc.—in the exact degree. I think, sir, there is a general consensus across the country that that is quite correct and that it should be looked at very seriously. Of course, if we go to a completely, if you like, contained system of payments, that would be even more important.

So, sir, to answer a part of your question, there is a need for the profession, which has in the past had a fair degree of control, to have an input into the allocation of funds for the level of payments for physicians' services, and that should reflect in some way the excellence of specific individuals with particular training and expertise. The consensus of the association is that you are quite right, it must.

The Chairman: I would like to go on to Mr. Marceau now.

M. Marceau: Merci, monsieur le président.

Vous me permettrez de ne pas toujours être d'accord avec les opinions que vous exprimez dans le mémoire. Vous avez le droit de les présenter, et il est très intéressant de connaître votre point de vue.

Par contre, il y a un point que nous avons en commun avec les médecins: lorsque nous parlons de salaire, nous sommes tout aussi impopulaires.

Toutefois, j'aimerais vous poser deux questions. La première découle des commentaires que nous avons entendus assez souvent parmi la population, à propos de la diminution de la qualité des services. Donc, que tout cela soit relié aux salaires ou à l'accumulation du travail attribuable aux lois actuelles, pouvez-vous toutefois me dire s'il y a eu diminution de la qualité des services?

La deuxième question porte sur les commentaires que nous entendons dans certains milieux,—que je ne partage pas forcément,—à savoir que l'on abuse du système. Vous qui oeuvrez dans le milieu, pouvez-vous nous dire s'il est vrai qu'il y a un usage abusif des soins dans le régime actuel?

• 1130

Dr. Vail: Mr. Chairman, I will address the last part first, that is, abuse. This is only in the beholder's mind. It has always been my public and private stance that I do not believe the system is being misused or abused by either the public or the health professions. We can find cases, I am sure, on both sides, but generally the answer is that I do not feel there is any abuse. If it is an emergency, in the patient's mind, it is an emergency; it does not matter what a doctor or another health care worker considers it to be, that is a problem that that patient has.

Secondly, has there been a deterioration, as I understand it, in the health of our citizens in our country and in the quality? This is a difficult one and one we have been grappling with at this table quite frequently this morning. I can only use little examples. You take one floor cleaner out of these Houses of Parliament: are the floors suddenly going to become dirty? The answer is no. But if you keep taking them out and taking them out, there will come a day when they will be dirty. What is the magic figure? I do not know what that magic figure is

[Translation]

précise de l'excellence des spécialistes et de leur formation. Je pense qu'on reconnaît cela en général et que l'on voit la nécessité de faire quelque chose. Bien entendu, si l'on optait pour un régime de paiement très rigide, cela deviendrait encore plus important.

Pour répondre à votre question en partie, il faut que les membres d'une profession, qui a su se contrôler par le passé, aient leur mot à dire quand il s'agit de répartir des fonds pour le paiement de services aux médecins et il faudrait que l'on tienne compte de l'excellence des spécialistes qui possèdent une formation et une expérience très particulières. Au sein de l'Association, on reconnaît que vous avez tout à fait raison.

Le président: Je donne la parole à M. Marceau.

Mr. Marceau: Thank you, Mr. Chairman.

With due respect, I am not always in agreement with the opinions expressed in your brief. You have the right to bring those opinions forward and it is very interesting to hear your point of view.

However, there is one point that physicians and members of Parliament have in common: whenever they talk about their salary, they are most unpopular.

I have two questions. The first one comes from remarks people often make regarding the lesser quality in services. People claim that this has to be linked to salaries or to excess work for which the present laws would be responsible. Can you tell me if there was an actual lowering of the quality of services?

Secondly, we hear in certain circles, and I do not necessarily agree with that, that the system is being abused. You are in those circles and this is why I am asking you if it is true that the present system allows abuses.

Dr Vail: Monsieur le président, je vais d'abord parler des abus. Tout cela est dans l'imagination des gens. J'ai toujours dit, en privé comme en public, que je ne pense pas que le public ou les médecins abusent du régime. Je suis sûr que l'on peut certainement trouver des cas isolés, d'un côté comme de l'autre, mais en général il n'y a pas d'abus. Si le patient estime qu'il s'agit d'une urgence, c'est effectivement une urgence. Peu importe ce que le médecin ou un autre travailleur de la santé estime, le patient a besoin d'aide.

Deuxièmement, vous me demandez s'il y a eu détérioration de la santé des Canadiens et diminution de la qualité des soins offerts. C'est une question difficile dont on a beaucoup parlé ici ce matin. Je vais vous donner quelques exemples. Si vous congédiez un laveur de planchers, ici au Parlement, peut-on dire que les planchers vont devenir soudainement très sales? Bien sûr que non. Si l'on continue de réduire le nombre des laveurs des planchers, un jour viendra où les planchers seront effectivement sales. Où se trouve donc le seuil? Je n'en sais

[Texte]

and I do not know if anyone knows, but we have evidence, within the Province of Ontario and other provinces, that there are problems in accessibility and that that accessibility has varied.

Last week, in the hospital I work at near Metropolitan Toronto, we had to cancel all the surgery because we did not have beds. A hospital not far away from us had to do the same thing last week. That is affecting the health care of the people. No one died because they were cancelled, to my knowledge, and I hope I am correct, but people are being delayed in getting treatment. It is very difficult if you have a patient with a cancer. Ideally they should be starting on treatment investigations today; if you cannot get them into hospital for two to four weeks are they being jeopardized? I do not think we have the scientific evidence to prove that. But the anecdotal evidence is out there; all you have to do is talk to doctors like ourselves and they can tell you how, within their own hospital systems, this is being interfered with.

By removing specialists or not having specialists available, are you affecting health care? In my opinion you are, if those are essential. And what is essential? We come back to manpower. This is a problem worthy of being grappled with, but if you expect finite answers for it, sir, I do not think you will find them. Unfortunately, when it gets so bad, when we get quotes, such as those in Great Britain that have been quoted by my colleague here, it is easy, it is obvious. We do not want to get to that point. We see the symptoms of the disease, we do not want the disease.

The Chairman: A short final question.

M. Marceau: Il y a également des affirmations qui nous ont été faites à l'effet que au lieu de placer les patientes dans les hôpitaux où ça coûte très cher, les *nursing homes* ou des maisons d'accueil coûteraient beaucoup moins cher et pourraient donner les mêmes services. Est-ce que vous êtes d'accord avec cette évaluation et également on nous dit que s'il y avait plus de services à domicile le service pourrait être donné à un coût moindre.

Ma question est la suivante: est-ce que l'on peut à domicile donner des services adéquats aux patients qui en ont besoin sans qu'ils soient nécessairement à l'hôpital?

Dr. Baltzan: I certainly think we could provide more home care services, and I believe for many people that would improve the quality of their lives, because they would be much happier in their own homes than in their own institutions.

I would hope that it would save costs. I have not seen any economic data yet to guarantee that it will save costs.

Secondly, as we mentioned earlier, one of the problems we have with acute hospital care in Canada is that many people are waiting too long to get into hospital for necessary treatment. That is only partly due to a shortage of hospital beds. It is, to a considerable extent, due to the fact that a significant portion of hospital beds are occupied by people who are chronically ill who are awaiting transfer to nursing homes. We

[Traduction]

rien et je ne pense pas que qui que ce soit ait la réponse mais, en Ontario et dans d'autres provinces, on constate qu'il y a des problèmes d'accessibilité et que l'accessibilité a varié.

La semaine dernière, dans l'hôpital où je travaille dans la région de Toronto, nous avons dû annuler toutes les chirurgies parce qu'il n'y avait pas de lits. Dans un hôpital tout près du nôtre, on a dû faire la même chose, la semaine dernière encore. Cela a évidemment des répercussions sur la santé des gens. Personne n'est mort, que je sache, par suite de cette mesure, du moins je l'espère, mais les gens n'ont pas été traités tout de suite. La situation est très épineuse quand il s'agit d'un patient atteint du cancer. En effet, il faut souvent commencer les tests préliminaires au traitement immédiatement et s'il faut attendre de deux à quatre semaines pour obtenir un lit à l'hôpital, qu'est-ce que cela signifie pour les patients atteints du cancer? Je ne pense pas que l'on puisse donner des preuves scientifiques là-dessus mais il y a toutes sortes d'anecdotes. En effet, si vous parlez à des médecins comme nous, ils vous diront que dans leur propre hôpital, on rencontre ce genre d'anomalie.

Si donc on retire des spécialistes, s'il n'y a plus de spécialistes, est-ce que les soins de santé s'en ressentent? À mon avis, oui, s'ils sont essentiels. Qu'est-ce qui est essentiel? On en revient à la main-d'oeuvre. C'est un problème qu'il faudrait élucider, mais je ne pense pas que vous puissiez trouver de réponses très précises à ces questions. Malheureusement, quand les choses s'enveniment à un tel point, quand on décrit des situations comme celles que mon collègue a décrites en Grande-Bretagne, la réponse est simple, elle est évidente. Nous ne voulons pas en arriver là. Nous constatons les symptômes d'une maladie, mais nous ne voulons pas de cette maladie.

Le président: Une courte dernière question.

Mr. Marceau: There have been remarks to the effect that instead of putting patients in high-cost hospitals, nursing homes could be used because the same health care services could be provided there at a lesser cost. Do you agree with that? It has been said that if there were more home care services provided, it would cost less.

This is my question: Is it possible to give adequate home care services without necessarily admitting patients to the hospital?

Dr. Baltzan: Je suis sûr que l'on pourrait donner plus de services à domicile et j'estime que pour beaucoup de gens, leur bien-être s'en trouverait amélioré car ils seraient beaucoup plus heureux chez eux que dans un établissement hospitalier.

J'espère que cela pourrait permettre des économies, mais je n'ai pas encore vu de chiffres le prouvant.

D'autre part, comme je l'ai dit tout à l'heure, au Canada, trop de gens attendent beaucoup trop longtemps pour rentrer dans un hôpital de soins actifs afin d'obtenir les traitements dont ils ont besoin. Cela ne s'explique qu'en partie par une pénurie de lits. Cela est dû essentiellement au fait qu'une grande partie des lits dans les hôpitaux sont occupés par des gens qui sont atteints de maladies chroniques et qui attendent

[Text]

do not need to build that many new acute hospital beds in Canada. What we need to do is get the people who could be looked after more cheaply and better in nursing homes into nursing homes, and use those beds for what they were intended—the treatment of acutely ill patients.

• 1135

The Chairman: Thank you, Dr. Baltzan.

I have a problem concerning time; however, I suggest that we carry on a second round until towards 12.00 noon. At that time we will look at the Third Report of the Steering Committee for five minutes, if possible. We are very pleased to have with us today the Honourable Charles Gallagher, the Minister of Health from New Brunswick, whom I suggest we will hear between 12.00 noon and 1.00 p.m.

I know most of you would like to question on the second round and I ask your co-operation on that. But, if it is your wish, we will go on until about 12.00 noon and then hear our next witness. If that is okay, I will go on with Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, just on that, I think that can be arranged, and I thank you for your insight into it. Just one question, to preserve the time.

I have had concerns about not only the Bill but the health care system, and I think today our witnesses have brought those concerns to the fore. However, one question remains in my mind: Keeping in mind that Bill C-3 is not only in keeping with the vast majority of Canadians' wishes—and I think there can be no doubt about that. Your testimony today and conversations at other times have led me to believe that the Canadian Medical Association and its members, the Canadian Nurses Association and its members and others, want to improve the health care system and all are aware of the finite amount of money that can be raised through the public system. The question remains: How can we be fair to health care providers?

I have mentioned two major groups. Doctors have been involved in what I would call industrial action, in a given province. Nurses have been involved in industrial action, in given provinces. So it is not unique either to doctors or nurses, but to the health care professionals, that in the system there is... I fully recognize some confrontation is healthy and will always be necessary, it will be there. However, I would just like to have very clearly from you, if possible—I know the provincial associations are fairly independent of the CMA and speak for themselves, and yet there is this natural relationship. If we sat down with the health care providers—the nurses, the doctors, the provinces, the federal government—do you believe we could work out both a funding system, a priority system and a wage settlement regime? I am not talking about numbers; I am talking about a regime.

[Translation]

qu'on les transporte dans une maison de repos. Nous n'avons donc pas tellement besoin de nouveaux hôpitaux de soins actifs au Canada. Ce que nous devons faire, c'est mettre en maison de repos ceux dont les soins seraient moins onéreux ainsi, et utiliser les lits pour ce à quoi ils étaient destinés, à savoir le traitement des maladies aiguës.

Le président: Je vous remercie, docteur Baltzan.

Nous sommes pressés par le temps, mais je propose toutefois de passer au deuxième tour jusqu'à environ midi. À ce moment-là, nous consacrerons environ cinq minutes, si possible, au troisième rapport du Comité directeur. Nous sommes très heureux d'avoir parmi nous aujourd'hui l'honorable Charles Gallagher, ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, et je propose que nous l'entendions entre midi et 13 heures.

Je sais que la plupart d'entre vous ont des questions à poser pour le deuxième tour, et je vous demande votre coopération. Mais si vous le souhaitez, nous continuerons jusqu'à environ midi, et entendrons ensuite notre prochain témoin. Si vous êtes donc d'accord, je vais donner la parole à M. Epp.

M. Epp: Monsieur le président, je crois que nous pouvons nous entendre sur cette question, et je vous remercie de l'avoir ainsi réglée. Permettez-moi une seule question, pour ne pas prendre trop de temps.

J'ai des inquiétudes, non seulement sur le projet de loi, mais également sur le système de soins et nos témoins d'aujourd'hui n'ont fait qu'accentuer ces craintes. Je continue à penser toutefois que compte tenu du fait que le projet de loi C-3 répond aux vœux de la majorité des Canadiens, et il ne peut guère y avoir de doutes sur ce point, vos témoignages de ce jour et des conversations m'ont amené à penser que l'Association médicale canadienne et ses membres, l'Association des infirmières canadiennes et ses membres, ainsi que d'autres, sont désireux d'améliorer le système; tous savent bien qu'il y a des limites aux fonds que l'on peut prélever sur les deniers publics. Mais la question subsiste: comment rester équitables envers ceux qui dispensent les soins?

J'ai mentionné deux groupes principaux. Dans l'une des provinces, les médecins se sont lancés dans ce que j'appellerais une action de revendication professionnelle, et les infirmières de même, dans certaines provinces. Ce n'est donc pas le monopole des médecins ou des infirmières, mais que dans le milieu des professions médicales, il y ait... Certes, je reconnais que dans une certaine mesure, la confrontation est saine et sera toujours nécessaire mais j'aimerais que vous me disiez très franchement, si possible, ce que vous en pensez, car je sais que les associations provinciales sont relativement indépendantes de l'A.M.C. et parlent en leur propre nom, tout en conservant des liens avec elle. Si nous nous concertions avec les responsables des soins de santé, les infirmières, les médecins, les provinces, le gouvernement fédéral, pensez-vous que nous pourrions élaborer un dispositif de financement, un ordre de priorités et des modalités d'établissement des rémunérations? Je n'entends pas par là des chiffres, je veux parler d'un régime.

[Texte]

Would it be possible to meet all those priorities around the table and is the CMA willing to participate?

Mr. Freamo: Mr. Chairman, what Mr. Epp is trying to achieve might be considered the millennium. However, the association is willing to sit down and participate in those discussions.

The Act seems to place a great deal of emphasis on extra billing and user fees. Forget them for a minutes. The Act also takes away from the provinces a fair amount of discretion that the provinces now have with respect to the provision of health services, and I am certain you are going to hear about this over the next three or four days as the provincial health ministers come in to talk to you.

The Act is almost a declaration of war from the federal government to the provinces in terms of . . . If you ask within that background whether it is possible to get all of these groups to sit down and try to reach the millennium, I say it is pretty difficult.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, just a few comments and then a question. I agree with the comment that health care ought not to be related to GNP in any direct way and I have often said that.

• 1140

I have often said that I think this is one of the inadequacies in the present federal-provincial funding relationship, and one that has to be addressed, although not necessarily in this Bill. The federal government funding of health care costs, its share in the federal-provincial partnership that medicare represents, has to be tied to increases in health care costs. It cannot only be the provinces whose future contributions to health care are tied to health care costs with the federal government being left tied to a GNP which may be one thing or another.

I submit that the same is true of arguments that you have made in the past. I have heard Dr. Baltzan and others on many occasions say that we can make comparisons as to what Canada is spending as a percentage of its GNP on health care compared to the United States and compared to other countries. All I am saying is that argument cuts both ways. Perhaps all of us should agree to stop trying to play with GNP comparisons and get on to talking about health care costs per se.

With respect to the argument I made earlier about your anxiety at perhaps being placed in the category of becoming state employees, I do not accept the argument that you would become state employees through this Bill. I do not want doctors to become functionaries of the state and all that sort of thing. I still think we will have a medicare system which is an ideological mongrel and in which you will have enough freedom. Patients can see what doctors they want; doctors can see what patients they want. There is just all kinds of freedom in there. I think to tie your definition of what becoming a

[Traduction]

Serait-il possible de réunir tous ces secteurs, et l'A.M.C. serait-elle disposée à y participer?

M. Freamo: Monsieur le président, c'est presque l'Utopie que M. Epp voudrait réaliser. Notre association est toutefois disposée à se concerter avec vous et à engager ces discussions.

La loi semble beaucoup insister sur la surfacturation et sur les frais modérateurs. Laissons-les de côté pendant un instant. La loi enlève également aux provinces une part considérable de la latitude dont ces dernières disposaient en ce qui concerne les services de santé, et vous allez certainement encore entendre parler de cette question au cours des prochains jours, lorsque les ministres de la Santé des provinces comparaîtront devant vous.

La loi équivaut presque à une déclaration de guerre du gouvernement fédéral aux provinces en ce qui concerne . . . Si vous vous demandez donc, dans ce contexte, s'il est possible de réunir ces groupes et d'essayer de parvenir à une entente idyllique, je prédis que vous aurez là une rude besogne.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, quelques observations, puis une question. Je suis d'accord que les soins de santé ne devraient pas être liés directement au P.N.B., et je l'ai souvent affirmé.

J'ai souvent dit que c'était, à mon avis, l'une des lacunes du mode de financement fédéral-provincial actuel, une lacune à laquelle il faudrait remédier, sans qu'il soit nécessaire pour autant de le faire dans ce projet de loi. La part de financement du gouvernement fédéral, dans l'association des gouvernements fédéral et provinciaux que représente le système d'assurance-santé, doit être liée à l'augmentation des coûts et il ne doit pas y avoir que les provinces dont la participation au système d'assurance-santé est liée aux coûts, alors que la participation du gouvernement fédéral n'est liée qu'au P.N.B. qui peut aller dans un sens ou dans l'autre.

Ce raisonnement s'applique également aux arguments que vous avez avancés dans le passé: j'ai entendu à maintes reprises le Dr Baltzan et les autres affirmer que l'on peut comparer les dépenses du Canada en soins, en pourcentage de son P.N.B., avec ce que dépensent les États-Unis et les autres pays. Tout ce que je dis, c'est qu'on peut retourner cet argument: nous devrions peut-être tous renoncer à établir des comparaisons avec le P.N.B., et considérer les coûts de santé du pays en eux-mêmes.

Quant aux craintes que vous avez exprimées sur le danger où vous vous trouveriez de devenir des employés à la Fonction publique, je ne vois pas que ce projet de loi puisse avoir un tel effet. Je ne veux pas fonctionnariser les médecins, ni les autres, et je pense toujours encore que notre système d'assurance-santé sera suffisamment souple, au point de vue idéologique, pour que vous jouissiez d'une liberté suffisante. Les malades peuvent s'adresser aux médecins de leur choix, et le médecin est libre de choisir ses malades. La loi respecte toutes sortes de libertés. Lier la surfacturation à la fonctionnarisation me

[Text]

functionary of the state is to whether or not there is extra-billing is a very, very weak argument, I guess, and I would ask you to look at it again.

You are concerned about costs. Could I ask you whether in your opinion there is work to be done on the way in which doctors unnecessarily generate costs within the system?

A lot of attention is paid to the question of the increasing costs of health care by your association, and rightly so. I think the task force on the allocation of health care resources is a good idea. It is going to be a problem. If there is not more public money in the future, and also a debate about the allocation of health care resources, some of the problems you point to are going to come along. But they do not have to come along, and they cannot be addressed simply by preserving the right of extra-billing.

Are you willing to address the problem of doctor-generated costs? Some of those hospital beds are full not because they are full of people who are waiting to get in to nursing homes. They are there because doctors have admitted patients to hospital, and many arguments have been made that some people are in hospital who do not need to be there—not just the chronic care ones, but others.

Are you willing to subject your own practices to that kind of examination?

Dr. Vail: Mr. Chairman, not only are we willing, but we are. "Cost-effectiveness" is the word used in this parlance. Every medical journal you pick up in the international world generally has some kind of an article on cost-effectiveness programs. We are addressing it as a collective profession. Those of us who work in hospitals and have authority within hospitals are addressing the problem almost daily: Can this be improved? Can the economy be reached here? Was that a necessary service? These problems are before us all the time. We live with them.

Are we prepared to do it? The answer is yes, and we have been doing it for some time.

The Chairman: You have time for a short question, Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Lots of others want to get on, Mr. Chairman.

The Chairman: All right. Thank you very much.

Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman.

Just to substantiate the comments I made about the levelling-up payments under EPF from 1977 to 1982 for the benefit of the gentleman sitting near the Saskatchewan over there, the federal health contributions as a percentage of provincial expenditures in New Brunswick, for example—and the figures are about the same for Newfoundland and they are much greater for P.E.I. to the advantage of the federal percentage—went up from 60.1% under the shared-cost system

[Translation]

paraît très faible, et je vous demanderai d'y regarder à deux fois.

Vous vous inquiétez des coûts. À votre avis, n'y aurait-il pas un effort à entreprendre pour redresser la façon dont les médecins, dans notre système, créent des dépenses superflues?

Votre association insiste beaucoup, et à juste titre, sur la question de l'augmentation des coûts de santé. L'idée de mettre sur pied un groupe d'étude sur la répartition des ressources en matière de soins me paraît très bonne. Nous allons connaître des temps difficiles: si les fonds publics n'augmentent pas, si l'on ne s'entend pas sur la répartition des ressources, nous nous trouverons devant certaines des difficultés que vous prévoyez. Ces difficultés ne sont toutefois pas inévitables, et ce n'est pas en conservant le droit de dépasser les honoraires conventionnels que vous les résolvez.

Êtes-vous disposés à vous pencher sur la question des frais causés par les médecins? Si dans certains hôpitaux, tous les lits sont occupés, ce n'est pas par des gens qui attendent d'être admis dans des maisons de convalescence. Ils le sont parce que des médecins ont hospitalisé des malades, et d'après beaucoup de gens, certaines personnes sont hospitalisées qui n'auraient pas besoin de l'être, et je ne parle pas des malades chroniques, mais d'autres.

Êtes-vous disposé à soumettre votre propre comportement à ce genre d'examen?

Dr Vail: Non seulement nous y sommes disposés, monsieur le président, mais nous le faisons. Le rapport coûts-rendement est une expression dans le vent, et toutes les revues médicales qui paraissent dans le monde traitent, à un moment ou à l'autre, de ces programmes de rentabilisation. C'est collectivement que toute la profession s'intéresse à cette question. Il n'est de jour que ceux d'entre nous qui ont quelque autorité dans un hôpital ne se posent la question de savoir s'il est possible d'améliorer la situation: est-il possible de faire des économies dans ce cas? Ce service était-il vraiment nécessaire? Ce sont des questions qui se posent constamment à nous.

Y sommes-nous disposés? La réponse est affirmative, et il y a beau temps que nous nous y efforçons.

Le président: Il vous reste du temps pour une brève question, monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Mais beaucoup d'autres veulent en poser, monsieur le président.

Le président: Très bien, je vous remercie.

Monsieur Breau.

M. Breau: Je vous remercie, monsieur le président.

Je voudrais simplement étayer les observations que j'ai faites concernant les paiements de rattrapage effectués dans le cadre du F.P.E., entre 1977 et 1982, et ceci à l'intention de ce monsieur qui est assis tout près de la Saskatchewan. Au Nouveau-Brunswick, par exemple, la part des frais du gouvernement fédéral par rapport à celle du gouvernement provincial, dans le cadre du programme des frais partagés, a passé en 1977-1978, première année du F.P.E., de 60,1 p. 100

[Texte]

to 61.4% in 1977-78, the first year of EPF; 66.5% in 1978-79; 68.5% in 1979-80. After that they came back gradually. They are now at about 58.4%. That is because EPF was structured to provide more money to provinces that had expenditures under the national average under a shared-cost system.

• 1145

Therefore the catching-up provision that you were talking about was provided for under EPS and the Atlantic provinces—any province that had kept its national average cost per capita under the national average—and by incidence these are the Atlantic provinces and Manitoba—they are the only ones that traditionally were under—they have received higher payments under EPF exactly to provide for the catching up that Justice Hall was talking about and the catching up that you were talking about.

Over and above that, in 1982, when the fiscal arrangements Act was passed and we did away with the revenue guarantee to make sure that this would not adversely affect the Atlantic provinces, or the equalization recipient provinces, we provided a special payment of \$190 million to the provinces that were recipients of equalization; and these are not included in the figures I gave you.

So the catching-up provision, from the point of view of the federal government, was there. I just wanted to substantiate what I had said earlier and put the figures on the record.

I want to use my time on the second round to ask another question related to what I said earlier. If the CMA had the choice now, would it want to become involved in a discussion of the kind that was offered in May of 1982 by the Minister of National Health and Welfare to the provincial governments to try to define a kind of control or limiting of extra-billing? Recognizing, as Dr. Baltzan had said, it is limited now by some kind of pressures, if the political leaders of the country wanted to... and obviously the public wants to do away with private charges—would the CMA, if it had the choice now, go 180 degrees and get involved in that kind of discussion now? Obviously in May of 1982 they did not think that was important.

Mr. Freamo: Mr. Chairman, we were not given a choice in May of 1982. The Minister asked the provinces...

Mr. Breau: Well, this was made public, and if you wanted to make an intervention...

The Chairman: Order, please, Mr. Breau. I want Mr. Freamo to answer.

Mr. Freamo: The Minister decided to ask the provinces to make presentations to it, sir. We, the CMA, were not involved at all. We would be happy to sit down to try to see if a system could be worked out. This is the way we think that problem should be solved.

[Traduction]

à 61,4 p. 100, à 66,5 p. 100 en 1978-1979 et à 68,5 p. 100 en 1979-1980. Elle a ensuite de nouveau progressivement baissé, et s'établit à présent à environ 58,4 p. 100, ceci parce que le F.P.E. avait été établi pour verser plus d'argent aux provinces dont les dépenses étaient inférieures à la moyenne nationale, dans un régime de frais partagés.

C'est pourquoi la disposition de rattrapage, dont vous parliez, a été prévue pour le F.P.E. et dans les provinces de l'Atlantique—toute province dont le coût moyen par personne était inférieur à la moyenne nationale, en l'occurrence les provinces de l'Atlantique et le Manitoba, les seules qui se sont toujours trouvées dans ce cas—ont, dans le cadre du F.P.E., bénéficié de paiements plus élevés afin que leurs dépenses puissent s'aligner sur celles des autres provinces, comme le juge Hall l'a mentionné.

En outre, en 1982, lorsque la Loi sur les arrangements fiscaux a été adoptée, nous avons supprimé la garantie de revenu pour être certains que cela ne défavoriserait pas les provinces de l'Atlantique ou les provinces qui reçoivent des paiements de péréquation. Nous avons prévu un paiement spécial de 190 millions de dollars à l'intention des provinces qui recevaient des paiements de péréquation. Tout cela ne figure pas dans les chiffres que je vous ai donnés.

Par conséquent, du point de vue du gouvernement fédéral, la disposition de rattrapage existait bel et bien. J'ai simplement voulu confirmer ce que j'avais déjà dit et citer des chiffres.

Maintenant, je vais profiter de mon second tour pour poser une autre question qui nous ramène à ce que j'ai dit plus tôt. Si l'A.M.C. avait le choix aujourd'hui, souhaiterait-elle participer à une discussion comme celle que proposait le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en mai 1982 aux gouvernements provinciaux? Le ministre voulait alors essayer de définir un système de contrôle ou un moyen de limiter la surfacturation. Comme le Dr Baltzan l'a dit, certaines pressions s'exercent aujourd'hui qui limitent la surfacturation et, de toute évidence, le public est tout à fait d'accord pour supprimer la facturation privée. Si l'A.M.C. avait le choix aujourd'hui, ferait-elle un revirement à 180 degrés, déciderait-elle de participer à ce genre de discussion? De toute évidence, en mai 1982, l'association n'avait pas jugé que le sujet était important.

M. Freamo: Monsieur le président, en mai 1982, on ne nous a pas donné le choix. Le ministre a demandé aux provinces...

M. Breau: Tout cela avait été publié largement et si vous aviez voulu intervenir...

Le président: À l'ordre, monsieur Breau, je vous en prie. Il faut laisser M. Freamo répondre.

M. Freamo: Le ministre a décidé de demander aux provinces quelle était leur opinion. Nous, de l'AMC, n'étions absolument pas impliqués. Nous serions très heureux de participer à la discussion et de rechercher une solution. À notre avis, c'est le bon moyen pour résoudre le problème.

[Text]

Mr. Breau: Well, if the CMA was not involved, why did the CMA ...

The Chairman: Order, please. I am sorry. I appreciate that you all have all sorts of other questions and answers that can be given, but our time is unfortunately limited.

I will go to Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

My first question—I have two—the first one is very brief, with a brief preamble. I think the witnesses have suggested that if Bill C-3 goes through, it is going to lead the profession towards a bargaining situation more and more with governments for salaries, and we are going to be moving probably towards a staff relations situation that Mr. Allmand spoke of: the need for salaries, eight-hour days, benefits paid for out of the public purse, and so on. Mr. Marceau has talked about the quality of care and salaries. Mr. Epp talks about—and I quote—the finite amounts of money. Could our witnesses give us any idea as to what would happen if we got into the salary situation and the bargaining situation, in terms of total cost to replace the present physician manpower with the same level of service, only on a salary basis, an eight-hour day, and so on? Is it going to be more or less, and by roughly how much?

Dr. Baltzan: Mr. Chairman, we have done some explorations on that and have written a paper on that subject. If you take the normal working conditions that apply in the labour standards Acts of most provinces and do not upgrade them to superior conditions that have been negotiated by most unions and get into the eight-hour day business, the coffee-break time, the call-back time, etc., it works out that the cost of health care, physician care, in Canada would go up between two-and-a-half- and three-fold.

Mr. Halliday: Thank you.

My second question, Mr. Chairman. We have had one witness in this last week or two who has raised the issue of Australia as being an example of what could happen in Canada with our medical care system if we do not opt for Bill C-3 the way it is planned. It may be our witnesses do not have a lot of expertise with what has happened in Australia with the medical care plan there, but if one of them does have some knowledge could they tell us whether or not that is indeed true, that the Australian situation is an illustration of what is threatened for Canada if we do not accept Bill C-3? It may be the opposite, I know, but I want to know what our witnesses think.

• 1150

Dr. Vail: My colleague here, sir, did some of his post-graduate training in Australia. He is married to an Australian and has great interest in that country.

Mr. Halliday: Then obviously he knows.

The Chairman: Dr. McPherson.

Dr. McPherson: Mr. Chairman, I will make my comments very brief. The Labour government in Australia is proposing to

[Translation]

M. Breau: Eh bien, si l'AMC n'était pas impliquée, pourquoi cette association a-t-elle ...

Le président: À l'ordre, je vous en prie. Je suis désolé. Je sais bien que vous avez tous des quantités de questions à poser mais, malheureusement, notre temps est limité.

Je donne la parole au Dr Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

J'ai deux questions à poser; la première, très courte, que je veux introduire par un préambule. Nos témoins nous ont dit que si le Bill C-3 était adopté, la profession se trouverait forcée de plus en plus de négocier ses salaires avec le gouvernement. D'après eux, nous finirons par aboutir à une situation de relations employeurs-employés, dont M. Allmand a parlé: salaires, journées de huit heures, avantages sociaux payés par la bourse publique, etc. M. Marceau a parlé de la qualité des soins et des salaires. M. Epp parle—et je cite—des sommes limitées dont nous disposons. Nos témoins ont-ils une idée de ce qui se produirait si les médecins étaient salariés, s'ils négociaient leurs salaires; combien en coûterait-il au total pour assurer les mêmes services qu'à l'heure actuelle, mais en faisant appel à des médecins salariés qui travailleraient huit heures par jour, etc.? En coûtera-t-il plus cher, moins cher, combien?

Dr Baltzan: Monsieur le président, nous avons étudié cette question, nous avons d'ailleurs rédigé un document à ce sujet. Si vous prenez les conditions de travail normales qui figurent dans les lois sur les normes de travail de la plupart des provinces, si nous ne les améliorons pas comme elles l'ont été à la suite des négociations des syndicats, bref, avec des journées de travail de huit heures, des pauses-café, des rappels au travail, etc., les soins de santé au Canada, les soins dispensés par les médecins coûteraient deux et demi à trois fois plus qu'à l'heure actuelle.

M. Halliday: Merci.

Une seconde question, monsieur le président. Cette semaine ou la semaine dernière, nous avons eu un témoin qui nous a parlé de l'Australie, qui nous l'a citée en exemple de ce qui pourrait se produire au Canada si nous n'adoptons pas le Bill C-3 sous sa forme actuelle. Peut-être que nos témoins ne sont pas très au courant de ce qui s'est passé en Australie, mais si l'un d'entre eux le sait et pouvait nous dire s'il est vrai que ce qui est arrivé au Régime d'assurance médicale australien peut arriver au Canada si nous n'adoptons pas le projet de loi C-3, cela nous aiderait. Je sais que c'est peut-être le contraire, mais j'aimerais savoir ce qu'en pensent nos témoins.

Dr Vail: Mon collègue a fait des études supérieures en Australie. Il est marié à une australienne et s'intéresse beaucoup à ce pays.

M. Halliday: Il est donc certainement au courant.

Le président: Docteur McPherson.

Dr McPherson: Monsieur le président, je serai très bref. Le gouvernement travailliste australien propose de mettre en

[Texte]

implement a Bill in April of 1984 which is about six steps to the right of the proposed Bill being introduced by the Liberal government in Canada.

Mr. Epp: You have not seen Bill Blaikie yet.

Mr. Blaikie: I am prepared to go to Australia.

Dr. Baltzan: We will finance it.

Some Hon. Members: Oh, oh!

The Chairman: Order, please! Order, please!

Mr. Lachance.

Mr. Lachance: Mr. Chairman, among many other issues the remuneration question brings forward two problems: The excellence premiums for doctors, because of their experience or whatever. I think they are entitled or could be entitled to more. Then the second problem, the scale itself, the remuneration of medical doctors.

We know, of course, that the doctors would have preferred to keep extra billing, for whatever reason, although there has been no suggestion, unfortunately, on how it should be controlled, even though there was an admission at the beginning that in some areas, either geographically or in terms of professions, there are specialties, there are some problems. But this being said and assuming—and I think it is an assumption we can make that extra billing will not exist any longer if the Bill is passed and when the Bill is passed—I would like some suggestions from the profession on how—assuming again that we have not been too successful as a society in dealing with the problem of establishing proper remuneration or reasonable remuneration for doctors—those negotiations should be conducted, since they have refused binding arbitration, and whether if there is no extra billing they will reconsider the technique, consider a new technique to deal with this problem of dealing with the provinces. I know the provinces do not want it, but I would like to know the opinion of the doctors themselves.

Mr. Freamo: Mr. Chairman, you know there are only three systems of collective bargaining that exist in the world today and none of them have been found to be anywhere near perfect. Even the program you have for your federal civil servants, which I think is probably one of the best—although we know of one or two better specific situations—even in that program many of the union groups are moving away from the arbitration process and deciding to take the pure collective bargaining action because they have found that arbitration has not enabled them to catch up with the people who are choosing the collective bargaining process and are doing better.

So that even within this, where they have a choice of two worlds to go into, they are leaving the arbitration process. Around the world the arbitration process is being less and less favoured, largely because of the pressures being placed on the arbitrators to come up with an in-between solution, a solution acceptable to both sides.

We feel that there has to be a solution, and we are very willing to be part of the discussions relating to it. You know, medicine does not want to hold up provincial governments to ransom either. I think with any luck this year the doctors will

[Traduction]

oeuvre en avril 1984 un projet de loi qui est un peu plus à droite que celui que vient de déposer le gouvernement libéral canadien.

M. Epp: Vous n'avez pas encore vu Bill Blaikie.

M. Blaikie: Je suis prêt à aller en Australie.

Dr Baltzan: Nous financerons votre voyage.

Des voix: Oh! Oh!

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît!

Monsieur Lachance.

M. Lachance: Monsieur le président, le problème de la rémunération soulève deux questions: les primes d'excellence pour les médecins récompensant leur expérience ou autre chose. Je crois qu'ils ont droit ou pourraient avoir droit à davantage. D'autre part, l'échelle elle-même, l'échelle de rémunération des médecins.

Nous savons bien sûr que les médecins auraient préféré garder la surfacturation, pour une raison ou une autre, mais personne n'a suggéré malheureusement la façon de contrôler la chose même si l'on a admis au début que dans certaines régions ou dans certains secteurs professionnels, il y a des spécialités qui posent certains problèmes. Cela dit et à supposer, comme je crois nous le pouvons, que la surfacturation disparaîtra quand le projet de loi sera adopté, j'aimerais que l'on me dise comment, à supposer encore que notre société n'a pas très bien réglé le problème d'une rémunération convenable ou raisonnable pour les médecins, comment donc il faudrait mener ces négociations étant donné que les médecins ont refusé l'arbitrage obligatoire. Par ailleurs, s'il ne doit plus y avoir de surfacturation, seront-ils disposés à reconsidérer la technique, à envisager une nouvelle technique pour régler ce problème avec les provinces. Je sais que les provinces n'y tiennent pas, mais j'aimerais savoir ce qu'en pensent les médecins eux-mêmes.

M. Freamo: Monsieur le président, vous savez qu'il n'existe aujourd'hui dans le monde que trois systèmes de négociation collective et qu'ils sont tous loin d'être parfaits. Même le programme que vous avez pour vos fonctionnaires fédéraux, qui est probablement l'un des meilleurs, même si nous connaissons une ou deux situations précises encore meilleures, même là dis-je beaucoup des groupes syndicaux rejettent le processus d'arbitrage pour retourner aux simples négociations collectives parce qu'ils ont constaté que l'arbitrage ne leur a pas permis de rattraper le niveau de ceux qui choisissent les négociations collectives.

Donc même là où ils ont le choix entre deux solutions, ils abandonnent le système d'arbitrage. Ce système est d'ailleurs de moins en moins apprécié dans le monde entier, essentiellement parce que l'on insiste trop pour que les juges d'arbitrage parviennent à des solutions intermédiaires, acceptables aux deux parties.

Nous estimons qu'il faut trouver une solution et nous sommes tout à fait disposés à participer aux discussions à ce sujet. Vous savez que les médecins ne veulent pas non plus mettre le couteau à la gorge des gouvernements provinciaux.

[Text]

be passed by the dentists in terms of remuneration and therefore we will be able to be in number two place, and therefore we will aim to do better.

The Chairman: Thank you. I am sorry, Mr. Lachance, I will have to go on to one question each. Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: The question there was not answered, you know. We have heard how much money has been put into the system by the federal government but we do not know really what each province has put into the total system from which doctors will be paid and hospitals will be financed. There are figures constantly coming out of the Canadian Medical Association. I am just wondering how you reach the statistics as to exactly what each province puts into the health care system.

Mr. Freamo: Mr. Chairman, we just use the figures they present. As I said earlier, you will have to take the qualification that when the provinces are talking about the figures they are using their bias, and when the federal government is talking about the figures it is using its bias. When the federal government is talking about the figures they are using, they are biased. It is just as simple as that.

• 1155

What you are finding in the provinces now is that within the overall health field these medicare hospitalization programs are in competition with free drugs for the people over age 65, dental programs for children. The provinces have moved into a number of areas within the health care field where programs are being provided, and quite frankly they are all looking for money, because costs are basically more than they were originally estimated to be.

Mr. Hudecki: So you have no precise figures as to how much is really given into this shared portion of the health insurance, for any of the provinces.

Mr. Freamo: Well, overall, really the federal government is contributing about half, if one is trying to be objective—pretty close to half of the health care costs in the country. I think that proportion is going to go down, because our formula related to GNP does not keep up with the increasing cost of health care.

The Chairman: Thank you.

Miss MacDonald, one question, please.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I was very interested in what Dr. Vail had to say about moving the whole formula away from tying it to the GNP. I think if ever there is an area where this is critical, it is in the field of medical research, because that has to be ongoing; that cannot be up and down according to what the GNP is.

That brings me to the statement in your brief where you say the most pressing problem is capital funding of hospitals and chronic care institutions. I would like to ask you whether or not you think this is particularly acute with teaching hospitals. We had some negative comments made here the other day about teaching hospitals. But much of the medical research in this country is carried out in teaching hospitals, and I wonder

[Translation]

Je crois qu'avec un peu de chance cette année, les médecins seront dépassés par les dentistes pour la rémunération et que nous pourrions ainsi, en deuxième position, viser mieux.

Le président: Merci. Je regrette, monsieur Lachance, mais je dois limiter chacun à une question. Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: Vous savez que l'on n'a pas répondu à la question. On nous a dit combien le gouvernement fédéral avait versé de fonds, mais nous ne savons pas vraiment combien chaque province a versé pour payer les médecins et financer les hôpitaux. L'Association médicale canadienne sort constamment des chiffres. Je me demande simplement comment vous parvenez à des statistiques sur ce que chaque province met exactement dans le système.

M. Freamo: Monsieur le président, nous utilisons simplement les chiffres qu'elles nous présentent. Il faut évidemment savoir que lorsque les provinces donnent des chiffres, elles les présentent à leur avantage tout comme le gouvernement fédéral. C'est aussi simple que cela.

La réalité est que dans les services généraux de santé des provinces, l'assurance-maladie et l'assurance-hospitalisation sont en concurrence avec les médicaments gratuits pour les personnes de plus de 65 ans et les programmes dentaires pour les enfants. Les provinces offrent maintenant des services dans un certain nombre de domaines et, très franchement, elles cherchent toutes de l'argent car les coûts sont supérieurs à ce que l'on avait prévu.

M. Hudecki: Vous n'avez donc pas de chiffres précis sur ce que représente réellement la part de chacune de ces provinces dans l'assurance-santé.

M. Freamo: Ma foi, dans l'ensemble, si l'on essaie d'être objectif, le gouvernement fédéral finance à peu près la moitié des services de santé du pays. Je crois que cette proportion va diminuer car notre formule liée au PNB ne tient pas compte de l'augmentation des coûts de ces services.

Le président: Merci.

Mademoiselle MacDonald, une question, s'il vous plaît.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'ai été très intéressée par ce qu'a dit le docteur Vail quant à la nécessité de ne plus lier toute la formule au PNB. C'est certainement en recherche médicale que c'est le plus évident car cette recherche doit se poursuivre, il ne peut y avoir de variation qui soit fonction du PNB.

Vous déclarez dans votre mémoire que le problème le plus urgent est le financement des investissements des hôpitaux et des cliniques de soins chroniques. J'aimerais vous demander si vous pensez que c'est particulièrement urgent pour les hôpitaux écoles. Nous avons entendu des commentaires assez négatifs à propos de ces hôpitaux. Toutefois, c'est là que se fait une bonne partie de la recherche médicale au Canada et je me

[Texte]

if you see that problem in the future becoming more acute in the teaching hospitals than in others.

Mr. Freamo: Mr. Chairman, if I might just comment briefly, in our hospital study every indication is that the problems are greater in teaching hospitals, financial problems, than they are in the small hospital in the small community, which does not really have the same kind of problems at all. The teaching hospitals have the greatest financial problem in meeting the demands that are being placed on them.

The Chairman: Thank you very much.

Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, when I was cut off on the last round I was discussing the funding of medical facilities and technology. In the Act, in Clause 12.(d), they speak about the requirement of a province, the health care insurance plan of a province, to provide payment of adequate amounts to hospitals, etc. In the CMA brief, at page 12, they criticize that clause and say the word "adequate" is meaningless and they say that there should be a reworded clause to commit the federal government to provide its share.

I would agree with the witnesses that from a legal point of view Clause 12.(d) would be hard to enforce, but it is better than nothing at all. But what you want is a section in the proposed Act to ensure that the federal government pays its share; and I think that is a goal to be pursued. I just wonder if the wording that you suggest does not seem to me to be much better. I am just wondering whether you really feel we can adequately do that in this Act, or should we, even though it is imperfect, try to put a clause in that would bind the federal government to pay a fair share, an adequate share, or whatever you want to call it.

Mr. Freamo: Mr. Chairman, the proposed Canada Health Act talks about equality. It does not say one word about quality. If you pass this legislation without making some reference to a commitment of the Government of Canada to maintain quality in our health care system, I think you will have a very great deficiency.

Mr. Allmand: Those are better words than what you have at the bottom of page 12.

The Chairman: I will ask Dr. Peter Lang to end the questioning, please.

Mr. Lang: Thank you, Mr. Chairman.

I would like to direct my question to Dr. Vail. On page 8 of the brief it states:

Hospitals, physicians, nurses and other health care partners in providing health care services are working under extremely difficult conditions imposed primarily by lack of funding.

• 1200

I wonder, Dr. Vail, if you could outline what those extremely difficult conditions are, and if they in any way lead to deleterious effects on the health of patients?

[Traduction]

demande si vous jugez que ce problème va devenir encore plus urgent dans les hôpitaux écoles que dans les autres.

M. Freamo: Monsieur le président, notre étude à ce sujet révèle sans aucun doute que les problèmes financiers sont plus graves dans les hôpitaux écoles que dans les petits hôpitaux de petites localités où ce genre de problèmes n'existe pas. Les hôpitaux écoles ont beaucoup de mal à répondre à la demande.

Le président: Merci beaucoup.

Monsieur Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, lorsque vous m'avez interrompu au dernier tour, je discutais du financement des installations et techniques médicales. Au paragraphe d) de l'article 12 du projet de loi, il est stipulé que le Régime provincial d'assurance-santé prévoit le versement de montants convenables aux hôpitaux, etc. Dans le mémoire de l'AMC, à la page 12, on critique cet article en disant que le terme «convenables» ne veut rien dire et que le gouvernement fédéral devrait s'engager à verser sa part.

Je conviens avec les témoins que du point de vue juridique, le paragraphe d) de l'article 12 serait difficile à mettre en vigueur, mais c'est mieux que rien. Ce que vous voulez, c'est un article qui garantisse que le gouvernement fédéral payera sa part et je crois que c'est en effet un objectif à poursuivre. Je me demande simplement si le libellé que vous suggérez est beaucoup mieux. Je me demande d'ailleurs si vous croyez réellement que l'on puisse parvenir à cela dans cette loi et s'il faut essayer d'insérer un article, même s'il est imparfait, qui oblige le gouvernement fédéral à payer une juste part, une part convenable, quel que soit le terme que vous vouliez.

M. Freamo: Monsieur le président, le projet de loi canadienne sur la santé parle d'égalité. Il n'est jamais question de qualité. Si vous adoptez ce projet de loi sans qu'il soit question d'un engagement pour le gouvernement canadien de maintenir la qualité de nos services de santé, je crois qu'il comportera une grosse lacune.

M. Allmand: Je préfère cela à ce que vous avez au bas de la page 12.

Le président: Je demanderais à M. Peter Lang de terminer s'il veut bien.

M. Lang: Merci, monsieur le président.

Ma question s'adresse au Dr Vail. À la page 8 du mémoire, je lis:

Les hôpitaux, les médecins, les infirmiers et d'autres services de santé travaillent dans des conditions extrêmement difficiles principalement à cause d'une carence de fonds.

Pourriez-vous s'il vous plaît, docteur Vail, nous décrire les conditions extrêmement difficiles auxquelles vous faites allusion, et nous dire si elles ont des effets nuisibles sur la santé des patients?

[Text]

Dr. Vail: I think, Mr. Chairman, it is to the credit of those health care professions that it has not as yet led to disastrous results. But the pressures are being applied. The doctor, I am sure, is fully aware of the kinds of pressures upon he and his colleagues. We are making excuses; we are trying to get around the system; we are trying to get patients into hospitals; we are trying to get patients to have special techniques. It is a continual battle we are going through all the time in order to do this. We are not happy. We should be spending our energies and time in other areas.

Our nurses in the hospitals in many cases are working longer and harder in areas in which they should not be. Nursing staffs in most of the hospitals are being cut, and the patient load is increasing. They are under these pressures and tensions all the time. All you have to do is look at some of the hospitals and the amount of mobility within the hospital of the nursing profession, both in the hospital and out of the hospital. Obviously most of them are ladies. A lot of these ladies are not getting job satisfaction, and it is to their credit as well that the patients are not suffering because of this. The pressures are there; they are continuously there.

Whether I have answered your question or not, I do not know, sir. I think it is to the credit, I repeat, of these workers that the system is not breaking; but it is one hell of a job always having to fight the system on behalf of your patient.

The Chairman: Dr. McPherson, you have a final comment?

Dr. McPherson: Yes. Mr. Chairman, I would like to remind the committee of something that might sound fatuous, but is not intended to be. That is, that the costs and the payments of medical care are constantly shifting. They are shifting because of the shifting and the change in the development and evolution of technology. I think we have to recognize that. Although we have a segment in time that we are looking at, we really have to have a crystal ball to look into the future.

I give you one quick example: In the Cross Cancer Institute, where I work, we have recently introduced colonoscopy for the examination of patients after they have had surgery for cancer of the colon. By virtue of introducing colonoscopy in order to examine their colons properly for evidence of recurrence, we have eliminated over 180 double-contrast barium enemas in one year. Now, what has that done? That shifted the cost of the procedure to evaluate that patient from the hospital budget—where it was, with respect to the enema story—to the AHCIP or the physician budget, because now it is done by the physician on a colonoscopy. Although that might sound rather ridiculous and mundane to you, it represents hundreds of thousands of dollars when one looks at how this sort of shifting of costs is occurring.

So not only is there an important development with respect to increasing costs because of technology, there is a shift at a provincial level, which I am sure you are not particularly

[Translation]

Dr Vail: À mon avis, monsieur le président, c'est tout à l'honneur de ces professionnels de la santé que la situation n'a pas encore provoqué de résultats désastreux. Mais les pressions existent pourtant. Je suis sûr que le docteur est tout à fait au courant du genre de pressions qui sont exercées sur lui-même et ses collègues. Nous essayons de trouver des excuses, nous essayons de contourner le régime, nous essayons de faire entrer les patients dans les hôpitaux; nous essayons d'obtenir des traitements pour les malades. Il s'agit d'une lutte permanente pour y arriver. Nous ne sommes pas contents. Nous devrions plutôt consacrer notre énergie et notre temps à d'autres questions.

Nos infirmières des hôpitaux travaillent souvent plus dur et pendant plus longtemps dans des domaines dans lesquels elles ne sont pas spécialisées. Dans la plupart des hôpitaux, le personnel infirmier est en train d'être réduit, tandis que le nombre de malades augmente. Le personnel infirmier doit donc faire face constamment à des tensions et à des pressions. On n'a qu'à regarder la mobilité du personnel infirmier au sein des hôpitaux et à l'extérieur des hôpitaux pour constater la gravité du problème. La plupart de ces personnes sont des femmes, et beaucoup d'entre elles ne sont pas satisfaites de leur emploi. C'est tout à leur honneur également que les malades ne souffrent pas à cause de cette situation. Mais les pressions sont toujours là.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question. Je répète que c'est tout à l'honneur des professionnels de la santé que le régime continue de fonctionner; mais c'est affreux de devoir lutter contre le régime en place au nom des patients.

Le président: Avez-vous un dernier commentaire à faire, docteur McPherson?

Dr McPherson: Oui. Je tiens à rappeler aux membres du Comité, monsieur le président, quelque chose qui aura peut-être l'air ridicule, même si ce n'est pas du tout mon intention. Il s'agit du fait que les coûts et les paiements en vertu du régime d'assurance médicale évoluent constamment à cause des changements technologiques. À mon avis il faut reconnaître ce fait. Même si nous nous contentons d'examiner la situation actuelle, il faudra vraiment avoir une boule de cristal pour examiner l'avenir.

Permettez-moi de vous donner un exemple. Au *Cross Cancer Institute* où je travaille, nous avons récemment commencé à utiliser des colonoscopies pour examiner des patients qui ont subi une opération à cause d'un cancer du côlon. Grâce aux colonoscopies, nous pouvons maintenant examiner les colons pour voir s'il y a réapparition de la maladie, ce qui nous permet d'éliminer plus de 180 lavements barytés en double contraste dans un an. Quel est l'incidence de ce changement sur les coûts? Par le passé, les lavements étaient payés à même le budget de l'hôpital, alors que maintenant les colonoscopies sont payées par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta, c'est-à-dire le budget du médecin. Bien que l'exemple puisse vous sembler ridicule, il représente un déplacement de coûts totalisant des centaines de milliers de dollars.

Ce n'est pas tant qu'il existe des augmentations de coûts à cause de la technologie, mais il y a également des changements au niveau provincial, ce qui sans doute ne vous inquiète guère

[Texte]

worried about at this juncture. There is an important shift from one budget to another budget, which has to be looked at.

The Chairman: Thank you very much. On behalf of all of us, I would like to thank Dr. Everett Coffin and his excellent delegation very much for being with us for the last three hours this morning. We will certainly study what you have said very carefully.

I remind the committee and the audience that we are carrying on right away, so perhaps they could take their meetings out into the hall.

Dr. Vail: Mr. Chairman, on behalf of my colleagues, I thank you and your committee for the kind attention you have given us this morning.

The Chairman: Thank you, Dr. Vail.

Order please. I will ask the members to return to the table please.

• 1205

I wonder if the Hon. Charles Gallagher would take his place as witness, please. Order, please. Will the members please return to the table so we can carry on with the business.

Mr. Minister, before we ask you to appear before us formally, we have a bit of housekeeping business to look at.

I believe you have all received a copy of the draft third report of the steering committee, the Subcommittee on Agenda and Procedure. The actual report is the same as the draft you have received. I would like a motion that the third report be accepted, and then I will hear discussion, if you wish any.

Mr. Lachance: I so move.

The Chairman: Is there any discussion on the motion? Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Mr. Chairman, I want to register my objection. I was not at the steering committee meeting, but I think the action of the steering committee with regard to the second point, that the provincial medical associations which have requested to appear be invited as a group, is essentially unfair when we recognize there are other organizations, such as the Canadian Nurses Association—we have a representative of the Canadian Nurses Association here—the public health associations, consumers' associations, provincial hospital associations and provincial health coalitions. On the theory that what is sauce for the goose is sauce for the gander, if we are going to do this for the doctors or the provincial medical associations, I think we should do it for the other organizations as well.

The Chairman: I will hear further discussion. Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, I wanted to ask: When we are dealing with the clause by clause as provided for in the report, will the Minister be present so we can question her on her reaction to proposed amendments and so on?

[Traduction]

en ce moment. Néanmoins, il faut tenir compte du fait que certains frais ont été déplacés d'un budget à un autre.

Le président: Merci beaucoup. Au nom de tous les membres du Comité, je tiens à remercier le docteur Everett Coffin et son excellente délégation d'avoir été des nôtres pendant trois heures ce matin. Nous allons certainement étudier de près vos observations.

Je tiens à rappeler aux membres du Comité et aux spectateurs que la réunion va se poursuivre maintenant, et je leur demanderais donc de continuer leurs conversations dans le couloir.

Dr Vail: Monsieur le président, au nom de mes collègues, je vous remercie, ainsi que votre Comité, de l'attention que vous nous avez accordée ce matin.

Le président: Merci, docteur Vail.

A l'ordre, s'il vous plaît. Je vais demander aux membres du Comité de bien vouloir retourner à la table.

Je demanderais à l'honorable Charles Gallagher de bien vouloir prendre place à la table des témoins. A l'ordre, s'il vous plaît. Je demande aux membres du Comité de reprendre leur place à la table pour que l'on puisse continuer nos travaux.

Avant de vous donner la parole, monsieur le ministre, nous avons quelques petits détails de régie interne à régler.

Je crois que vous avez tous reçu une copie du troisième rapport du Sous-comité du programme et de la procédure. Le rapport final est identique au projet de rapport que vous avez reçu. Je voudrais que quelqu'un propose l'adoption du rapport, et ensuite nous pourrions avoir une discussion sur le fond du rapport, si vous le voulez.

M. Lachance: Je propose l'adoption du rapport.

Le président: Y a-t-il des discussions au sujet de la motion? Monsieur McCauley.

M. McCauley: Je tiens à vous dire, monsieur le président, que je ne suis pas d'accord avec le troisième rapport. Je n'ai pas assisté à la réunion du comité directeur, mais à mon avis, le point numéro 2, c'est-à-dire que les associations médicales provinciales ayant demandé de témoigner soient invitées à comparaître ensemble, est injuste. Il ne faut pas oublier qu'il existe d'autres organismes, comme l'Association des infirmières et infirmiers du Canada—dont nous avons un représentant parmi nous—les associations d'hygiène publique, les associations de consommateurs, les associations provinciales d'hôpitaux et les coalitions provinciales de santé. Si nous permettons aux médecins ou aux associations médicales provinciales de comparaître devant nous, je pense que nous devrions en faire autant dans le cas des autres organismes.

Le président: Je vais accepter d'autres commentaires. Monsieur Allmand.

M. Allmand: J'aimerais savoir, monsieur le président, si le ministre sera présent lors de l'étude article par article pour que nous puissions lui poser des questions au sujet des amendements proposés, etc.?

[Text]

The Chairman: I cannot answer that at the moment.

Mr. Allmand: That is very important.

The Chairman: I will ask the parliamentary secretary, Mr. Schroder.

Mr. Schroder: Yes.

Mr. Allmand: Fine.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I think all of us could argue that the third report is not satisfactory. All of us could argue that. But I think it is the product of a lot of compromise; I think it is the product of a lot of discussion. I know other members would like to have possibly a different configuration; I might want a different configuration. I do not think that is the important point.

I think what is important is that the chairman has been very patient in working with the steering committee, and obviously, with our members from the various parties, we are trying to come up with a situation which at least is acceptable. I cannot speak for Mr. Breau, whether or not he should have been at the committee. That is a Liberal problem, not mine.

So I say to you, Mr. Chairman, while we would have possibly liked to see the report jiggled a little differently, we are ready to accept the report. The only caveat—and it is not a caveat, really—the only concern I have is the matter of the eighth point, the intent of completing clause by clause study that week. I do not want to change any wording, but I think we all said we would use every effort we could to try to complete the clause by clause, and we left it open. If we cannot do it, we will look at it again, but we will try to shoot for that mark. That is the only interpretation . . .

The Chairman: I think that is what the word “intent” was supposed to mean.

Mr. Epp: So, Mr. Chairman, on that basis, we are ready to accept it.

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: Mr. Chairman, is it your intent . . . ? By the way, I suppose the reason the steering committee came to a very good conclusion is because I was replaced by a very competent, very objective and very good member, Mr. Lachance, who was there when I was away.

On the eighth question, I recognize the issue. But is it your intention, Mr. Chairman, to call as many meetings as are physically possible that week?

• 1210

The Chairman: We discussed that informally before in the steering committee and that is the intention.

Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, I would also ask if it is possible for your research staff, or the research staff for this

[Translation]

Le président: Je ne peux pas répondre pour l'instant.

M. Allmand: C'est un point très important.

Le président: Je vais poser la question au secrétaire parlementaire, monsieur Schroder.

M. Schroder: Oui, elle sera présente.

M. Allmand: Très bien.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: À mon avis, monsieur le président, nous pourrions tous prétendre que le troisième rapport ne nous convient pas. À mon avis, c'est le résultat de beaucoup de compromis et de beaucoup de discussions. Je sais que d'autres membres du Comité préféreraient recevoir d'autres témoins; moi-même j'aurais certaines préférences. Mais à mon avis, ce n'est pas le point essentiel.

Selon moi, l'important c'est que le président a fait preuve de beaucoup de patience dans ses travaux avec le comité directeur, qui représente les trois partis, pour essayer de trouver une solution qui soit au moins acceptable. Je ne peux pas parler au nom de M. Breau à savoir si oui ou non il aurait dû être présent lors de la réunion du Sous-comité. Il s'agit là d'un problème des Libéraux, ce n'est pas mon problème.

Donc, monsieur le président, même si nous aurions préféré que le rapport soit un peu différent, nous sommes quand même prêts à l'accepter. La seule chose qui me préoccupe concerne le point numéro 8, c'est-à-dire notre intention de finir l'étude de tous les articles au cours de cette semaine-là. Je ne veux pas changer le libellé, mais je pense que nous avons tous dit plus tôt que nous ferions l'impossible pour essayer de finir l'étude article par article. Si la tâche s'avère impossible, nous réexaminerons la question, mais nous allons essayer quand même de respecter ce délai. C'est la seule chose . . .

Le président: À mon avis, le mot «l'intention» était censé comporter cette signification.

M. Epp: Nous sommes donc prêts à accepter le rapport, monsieur le président.

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: Avez-vous l'intention, monsieur le président . . . Si le comité directeur a trouvé une solution fort heureuse, c'est probablement parce que j'ai été remplacé par un député très compétent et très objectif, M. Lachance.

Je comprends le problème concernant le point numéro 8. Avez-vous vraiment l'intention, monsieur le président, de convoquer autant de réunions que possible pendant cette semaine-là?

Le président: Nous en avons discuté de façon officieuse avant la réunion du comité directeur. C'est dans notre intention de le faire.

Monsieur Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, en vue d'accélérer l'étude article par article, je propose que les documentalistes

[Texte]

committee, in order to expendite matters when we are into clause-by-clause, to prepare for us a memo, which would set out the various pro and con arguments that have been given to us in the many briefs. We are accumulating piles of briefs and memoirs and to go through them all is difficult. If somebody is going to put a summary together of the major pro and con arguments with reference to those who back those various views, that would be very helpful. It has been done in other committees.

The Chairman: Mr. Allmand, we have Mildred Morton of the Parliamentary Library here, who apparently will be doing that very thing. We will discuss in the steering committee in a bit more detail how that might be done.

I have heard arguments—Dr. Halliday.

Mr. Halliday: I just want to confirm the importance of Mr. Allmand's suggestion. I hope that we can be reassured that our research staff can give us a good summary of all the briefs that have been presented, with particular reference to the proposed amendments—not necessarily just formal amendments, as presented by the FMOQ, for instance, but suggestions for amendments, which would not be put in a formalized way within the brief necessarily.

The Chairman: We will certainly work on that and will get more instructions from the steering committee and bring them back to you.

There is a question before the committee. All in favour of the question will please so indicate.

Motion agreed to.

Mr. McCauley: I want my nay vote to be registered, Mr. Chairman, please.

The Chairman: With Mr. McCauley's comment on the record that he wanted his nay registered, that is all. All right, we will go on. I declare the motion passed.

Mr. Halliday: A point of order, if I may. Very briefly, there is some problem with the availability of the proceedings. I am short 75 that I need of the first issue that came out. I have been told that I can get an adequate number of the second, but I have not received them yet. I am wondering if there is any way we can authorize a further printing of the first issue.

The Chairman: I will ask the clerk to comment on that.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, just to elaborate: That first issue has the testimony of the Minister and I think if anyone . . . I would like to move that we have . . .

The Chairman: I am sorry. The motion was that . . . ?

Mr. Halliday: That we have a further 1,000 copies of the first issue printed.

The Chairman: Any discussion?

Motion agreed to.

The Chairman: All right. We will go now to our second important witness of the day, the Honourable Charles Gallagher, Minister of Health for New Brunswick. Sir, you

[Traduction]

affectés au Comité préparent une note de service à notre intention faisant état des arguments pour et contre que nous ont présentés les divers interlocuteurs lors de leur présentation. Il y a une accumulation de mémoires et il est très difficile de les parcourir tous. Toutefois, si l'on pouvait faire un résumé des arguments, tout en signalant les points de vue des différents auteurs, cela nous rendrait grand service. D'autres comités ont pu faire accélérer leur travail de cette façon.

Le président: Monsieur Allmand, M^{me} Mildred Morton de la Bibliothèque du Parlement se consacrera à cette tâche justement. Nous allons discuter des détails lors de la réunion du comité directeur.

J'ai entendu des arguments . . . Docteur Halliday.

M. Halliday: Je tiens à souligner l'importance de la proposition de M. Allmand. J'espère que l'on pourra nous assurer que notre personnel de recherche nous fera un bon résumé de tous les mémoires présentés, faisant bien attention aux amendements proposés. Je ne parle pas nécessairement des amendements officiels, tels que ceux présentés par la F.M.O.Q., mais plutôt des modifications qui ressortent des mémoires et qui ne sont pas nécessairement formulées comme modifications officielles.

Le président: Nous allons certainement y donner suite tout en nous conformant à la consigne du comité directeur. Nous vous en ferons rapport ultérieurement.

Le Comité est saisi d'une motion. Tous ceux en faveur, veuillez l'indiquer.

La motion est adoptée.

M. McCauley: Je voudrais que mon opposition soit consignée au procès-verbal, monsieur le président.

Le président: Nous tiendrons compte de l'opposition exprimée par M. McCauley. D'accord, poursuivons nos travaux. La motion est adoptée.

M. Halliday: J'invoque le Règlement, si vous le permettez. Brièvement, il paraît que l'on a des difficultés pour obtenir les exemplaires des comptes rendus. Justement, il me manque 75 exemplaires du premier fascicule. On m'a appris que je pourrais obtenir suffisamment d'exemplaires du deuxième, mais je ne les ai pas vus encore. Pourrait-on autoriser une impression supplémentaire du premier fascicule?

Le président: Je vais demander l'avis du greffier à ce sujet.

M. Halliday: Monsieur le président, à titre de précision, le premier fascicule comprend les témoignages du ministre. Si l'on veut . . . Je vais proposer que . . .

Le président: Excusez-moi. Vous disiez?

M. Halliday: Je proposais que l'on fasse imprimer 1,000 exemplaires supplémentaires du premier fascicule.

Le président: Discussion?

La motion est adoptée.

Le président: Très bien. Maintenant, nous allons passer au deuxième témoin important d'aujourd'hui, l'honorable Charles Gallagher, ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick.

[Text]

are the first of a number of Ministers from the provinces who are to come before us during the next few days. We are very honoured and pleased to have you here today. You have given us a written brief; we are in your hands as to how you want to present it. We do not want to rush you at all, but we would like to have a chance to question you afterwards.

Mr. Minister.

Hon. Charles Gallagher (Minister of Health, New Brunswick): Thank you, Mr. Chairman.

I realize that time is of the essence here, but when things go on schedule in the world we work in there is usually something wrong and since everything seems to be running normally . . . That was a most interesting discussion that I had a chance to listen to this morning, Mr. Chairman. I believe my brief will take perhaps 20 minutes and I will try to go through it. Hopefully, there will be time for questioning on this.

Mr. Chairman, let me say at the outset that although I may disagree with my federal colleague, the Honourable Minister of Health and Welfare, Madam Bégin, on a variety of matters, I do share her great concern about the future of our Canadian health care system. Unfortunately, I do not believe the proposed Canada Health Act, as it now stands, will take us any further down the road to dealing with the real issues facing us in the health care system today. If you look back a few short years, it can be noted that New Brunswick was one of the first provinces to call for a review of the Canadian health care system early in 1979. This proposal was prompted by concern over the fact that the basic principles of the programs should be reassessed. The overall goals and priorities appeared to have become unclear.

• 1215

Consequently, when the Minister of National Health and Welfare formally proposed that a review be conducted by Mr. Justice Emmett Hall, New Brunswick strongly supported the suggestion. During the course of his review Justice Hall found that all sections of society were in favour of the continuation of medicare, although there were differences as to how it should be organized and delivered.

Justice Hall brought forward a number of useful recommendations which are still relevant today and should be taken into consideration in the current review of the proposed Canada Health Act. In particular, it was noted that the Atlantic provinces could not hope to expand their health services system to the level provided in other provinces unless the current funding arrangements were augmented.

Justice Hall suggested that cost sharing for specific program development activities would be desirable in addition to block funding.

Health care is seen throughout Canada as a basic public service. Canadian citizens are entitled to a similar range of

[Translation]

Monsieur, vous êtes le premier de plusieurs ministres provinciaux qui prendront la parole au Comité dans les jours qui vont suivre. Vous nous avez présenté un mémoire par écrit. Nous nous en remettons à vous pour la présentation. Tout en voulant vous donner le temps qu'il vous faut, nous aimerions avoir suffisamment de temps pour vous poser des questions après la présentation.

Monsieur le ministre.

Hon. Charles Gallagher (ministre de la Santé, Nouveau-Brunswick): Merci, monsieur le président.

Je comprends que le temps vous est essentiel, mais dans notre domaine, lorsque tout se déroule comme prévu, cela veut dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Alors, puisque tout semble se dérouler normalement . . . C'est avec intérêt que j'ai écouté les échanges de ce matin, monsieur le président. Mon mémoire devrait prendre 20 minutes et je vais essayer de vous le présenter en entier. Je crois que cela vous laissera assez de temps pour poser des questions.

Je vais préciser dès maintenant que même si je ne suis pas d'accord avec mon collègue fédéral, l'honorable ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, M^{me} Bégin, sur bon nombre de questions, je partage ses inquiétudes sur la prestation des soins au Canada. Malheureusement, je ne pense pas que le projet de loi sur la santé, tel qu'il est formulé actuellement, puisse nous amener plus près d'une solution pour régler les vrais problèmes que nous connaissons aujourd'hui. Rappelons-nous qu'il y a quelques années seulement, le Nouveau-Brunswick était une des premières provinces à demander une étude du système de prestation des soins au Canada, au début de 1979. Cette proposition était née d'une préoccupation à l'égard du fait que les principes de base des programmes méritaient d'être réexaminés. Les objectifs généraux et les priorités nous semblent être devenus obscurs.

Par conséquent, lorsque la ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a officiellement proposé qu'une étude soit entreprise par le juge Emmett Hall, le Nouveau-Brunswick a fortement appuyé la suggestion. Au cours de son étude, le juge Hall a constaté que toutes les couches de la société étaient en faveur du maintien de l'assurance-maladie. Il existait néanmoins des divergences d'opinions quant à la façon de structurer et d'appliquer le régime de prestation des soins.

Le juge Hall a présenté un certain nombre de recommandations utiles qui sont encore valables aujourd'hui et qui devraient être prises en ligne de compte dans le cadre de l'étude actuelle du projet de loi sur la santé au Canada. Notamment, il a révélé que les provinces atlantiques ne pouvaient espérer amener le niveau de leur système de soins de santé à celui des autres provinces sans que les dispositions actuelles relativement au financement ne soient modifiées.

Le juge Hall a proposé qu'un partage des frais nécessaires à l'élaboration de programmes particuliers, en sus du financement global, soit mis en oeuvre.

Les soins de santé sont considérés, dans l'ensemble du Canada, comme des services publics essentiels. Les Canadiens

[Texte]

services regardless of their province of residence. Over the past 25 years the federal government has played an important role in developing greater equity in the availability of health services. However, the health care systems in the Atlantic provinces were much less well developed when this process began and, despite some advances, they remain so today.

In relation to a number of key factors . . . range of services, coverage and relative maturity of programs—the health systems of the Atlantic region do not compare favourably to those in other regions.

The assurance of a comparable level of health services in every province is a fundamental social objective. It deserves priority attention both now and in the future.

Based on per capita expenditure data, the Atlantic provinces' health care systems are approximately 20% below the average of other provinces. Over the past 25 years the main emphasis in the region has been on developing the basic components of the acute health care system, such as hospital and medical services, to adequate levels. Improvements are still needed. Non-acute, ambulatory, prevention and promotion-oriented services are still at relatively early stages of development in the region.

The per capita income in the region ranges from 65% to 80% of the national average and per capita equalization payments are much higher than for other recipient provinces. However, despite EPF, equalization payments and higher portions of GPP's spending on health care than elsewhere, services remain less well developed. While federal financial inputs have had a considerable positive impact, they have also tended to influence the manner in which the health system has developed; that is, with major emphasis on the most costly services. Those services must now be maintained while others are established. This is a formidable task for any province and a virtually impossible one for those in the Atlantic region.

There is a distinct possibility that the current federal-provincial funding arrangements will not even permit the current system to be maintained over time.

In comparing New Brunswick's health service level to the rest of the country, a number of weaknesses are identifiable.

New Brunswick's supply of almost every type of health professionals is low compared to national averages. This is partly due to the fact that there are few programs for the training of health manpower in the province and we must therefore rely on graduates from programs in other provinces. This is particularly true in the areas of extended care and rehabilitation. Also, the ever-escalating costs and proliferation of sophisticated high technology equipment is a particular

[Traduction]

ont droit aux mêmes services, quelle que soit leur province de résidence. Au cours des vingt-cinq dernières années, le gouvernement fédéral a joué un rôle important pour favoriser une plus grande équité dans la disponibilité des services. Cependant, les systèmes de santé des provinces atlantiques étaient beaucoup moins développés à l'époque où ce principe a été lancé. Malgré certains progrès, la situation demeure inchangée.

En ce qui concerne un certain nombre de facteurs clés, par exemple, la gamme de services disponibles, la protection offerte et l'efficacité relative des programmes, les systèmes de santé de la région atlantique ne peuvent se comparer favorablement à ceux des autres régions.

La garantie d'un niveau comparable de services dans toutes les provinces est un objectif social fondamental. Il mérite notre plus grande attention, aussi bien dans les circonstances actuelles qu'à l'avenir.

Selon les données sur les dépenses par tête, la prestation des soins des provinces atlantiques se situe à environ 20 p. 100 en dessous de la moyenne des autres provinces. Au cours des vingt-cinq dernières années, la principale préoccupation dans la région fut la mise en place des composantes principales du service de soins intensifs, telles les services hospitaliers et médicaux, de façon à les ramener à des niveaux acceptables. D'autres améliorations s'imposent. Les services non intensifs, les services ambulatoires, les services de prévention et les services de sensibilisation sont encore à un stade de développement relativement peu avancé dans la région.

Le revenu par habitant dans la région se situe entre 65 et 80 p. 100 de la moyenne nationale et les paiements de péréquation sont beaucoup plus élevés que dans d'autres provinces bénéficiaires. Cependant, même avec le F.P.E., les paiements de péréquation et le fait qu'une partie plus importante du PIBP soit consacrée aux services de santé, les services demeurent encore moins élaborés. Bien que les versements du fédéral aient eu un impact extrêmement positif, ils ont aussi eu pour effet d'influencer l'évolution du système. C'est-à-dire que l'on a accordé une plus grande importance aux services les plus dispendieux. Ces services doivent maintenant être conservés alors que d'autres sont mis en place. La tâche est formidable pour n'importe quelle province et s'avère presque impossible pour les provinces de l'Atlantique.

Il est fort probable que l'accord fédéral-provincial actuel sur le financement ne puisse même pas assurer, à la longue, le maintien du système existant.

En comparant la prestation des soins au Nouveau-Brunswick avec celle du reste du pays, on peut repérer certaines faiblesses.

Par rapport à la moyenne nationale, le Nouveau-Brunswick ne dispose pas de suffisamment de spécialistes, et cela dans tous les domaines de la santé dans la province. Cela tient en partie au manque de programmes de formation et au fait que nous soyons obligés, par conséquent, de miser sur les diplômés d'autres provinces, surtout dans les domaines de soins prolongés et la rééducation. De plus, les coûts sans cesse croissants et la prolifération d'un matériel de pointe hautement perfectionné

[Text]

concern. Lack of financial resources to hire the necessary manpower and to purchase the necessary equipment is a major constraint to the development of important services.

Insured coverage for items such as prescription drugs, dental care, vision care, paramedical, prosthetic and orthotic services is more curtailed than in most other provinces.

• 1220

Innovative approaches to extended care, such as the Extra Mural Hospital, are designed to decrease the demand for expensive institutional care and provide a well co-ordinated approach to the care of patients in the community. However, New Brunswick started from behind in developing and strengthening the range of community-based alternatives, so substantial resources will be required to make a significant impact on patterns of utilization.

The value of preventive programs and health promotion activities is well recognized. Historically in all provinces this facet of the health system has received considerably less attention than the institutional, medical component of the system. Increasingly we are faced with the challenge of developing programs aimed at strengthening and supporting individuals' and families' responsibilities for their own health and well-being.

What does the proposed Canada Health Act offer to citizens of New Brunswick and Canada? New Brunswick has consistently supported the five basic principles of medicare. In fact, I do not believe the current review of Bill C-3 will find many opponents of these principles. Miss Bégin has assured me that the intent of Bill C-3 is only to consolidate existing legislation without adding any new features, with the exception of controlling extra billing and user fees. I appreciate the intent and the candour of Miss Bégin. However, I do not entirely agree.

The provinces have constitutional jurisdiction over health services. In practical terms, the federal government provides a significant though declining amount of funding, and therefore the overall responsibility for the health system is, in a sense, shared.

One of the most important aspects of Bill C-3 is the new tone adopted by the federal government. Where previously the legislation allowed for bilateral discussions and agreement, the current proposal imposes unilaterally-determined federal standards. This tone of federal control and the imposition of federal viewpoints has been exemplified by the entire lack of willingness to consult in a co-operative fashion in the development of Bill C-3. It is indeed unfortunate that provinces have not been allowed to play a more significant role in an area of responsibility which constitutionally belongs to them.

[Translation]

posent un problème particulier. Le manque de ressources financières nous empêche d'embaucher le personnel spécialisé et d'acheter le matériel nécessaire, ce qui constitue une entrave importante à la prestation de soins importants.

Les services assurés, qui couvrent les postes comme les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires, l'ophtalmologie, les services paramédicaux, de prothèses et d'orthèses, sont plus réduits au Nouveau-Brunswick que dans la plupart des autres provinces.

Des démarches innovatrices dans le domaine des soins de longue durée, comme la mise sur pied de l'hôpital extra-mural, ont été conçues pour alléger le fardeau que représentent les soins en établissement, qui sont coûteux, tout en coordonnant nos initiatives en matière de soins aux patients au sein de la collectivité. Le Nouveau-Brunswick avait toutefois pris du retard dans l'élaboration et la consolidation de l'éventail de solutions de rechange en matière de services communautaires, et des ressources importantes seront nécessaires pour influencer de façon significative les modes d'utilisation des services.

Nous reconnaissons bien la valeur des programmes préventifs et des campagnes de sensibilisation à la santé. Par le passé, toutes les provinces ont accordé beaucoup moins d'attention à cette facette du régime de prestation des soins qu'à la composante médicale de soins en établissement. Nous sommes de plus en plus appelés à relever le défi que pose l'élaboration de programmes visant à consolider et à appuyer les responsabilités des particuliers et des familles envers leur propre santé et leur bien-être.

Qu'est-ce que le projet de loi canadienne sur la santé peut offrir aux citoyens du Nouveau-Brunswick et du Canada? Le Nouveau-Brunswick a constamment appuyé les cinq principes de base de l'assurance-maladie. En fait, je ne crois pas que la révision actuelle du projet de loi C-3 fera ressortir beaucoup d'opposants à ces principes. M^{me} Bégin m'a assuré que le projet de loi C-3 a pour seul but de consolider la législation existante sans y ajouter de nouveaux éléments, à l'exception du contrôle de la surfacturation et des frais modérateurs. J'apprécie l'intention et la sincérité de M^{me} Bégin, mais je ne suis pas tout à fait d'accord.

En vertu de la Constitution, les services de santé relèvent des provinces. En termes concrets, le gouvernement fédéral fournit une aide financière importante quoiqu'elle baisse de plus en plus chaque année, et la responsabilité globale s'en trouve donc en quelque sorte partagée.

L'un des aspects les plus importants du projet de loi C-3 tient au nouveau ton adopté par le gouvernement fédéral. Alors qu'auparavant la législation permettait des discussions et des accords bilatéraux, le projet de loi actuel impose des normes fédérales fixées unilatéralement. Cette mainmise fédérale et l'imposition à tous des points de vue du gouvernement fédéral se sont traduites par le refus du gouvernement fédéral de mener des consultations et de travailler en collaboration avec les autres intéressés dans le cadre de l'élaboration du projet de loi C-3. Il est en effet malheureux que les provinces n'aient pas pu jouer un rôle plus important dans un

[Texte]

The proposed Act focuses on controls and penalties, and details a process of dispute resolution that appears entirely one-sided, in favour of the federal Minister.

On the surface, the proposed Canada Health Act is being introduced to establish, through a funding mechanism, a more desirable framework for the operation and development of the health care system. The ultimate objective, however, appears to be contrary to the intent of the Constitution, and that is to bring about the federal control of the health system in virtually all areas: standards, services offered, methods of delivery and methods of funding and payment. This will apparently be achieved by establishing design and operational criteria that must be met in order to obtain federal contributions. A formal review mechanism, controlled by the federal Minister, will be established to test and ensure provincial compliance.

While placing major restrictions on provincial government policy making in the health field, the proposal places no onus whatsoever on the federal government for adequate, long-term funding of the health system.

The net result of these federal policies in the health field could be to make provinces simply the implementors of federal policy. One of the largest areas of provincial jurisdiction could be totally controlled by the federal government, while its financial contributions are being reduced.

New Brunswick finds itself in the position of being labelled as an offending party in the context of the proposed Canada Health Act. In July of 1983, the province introduced minimal user fees, to be charged to patients using out-patient and diagnostic services at New Brunswick hospitals.

The charges were introduced for three reasons: first, to attempt to affect hospital out-patient department utilization rates that were steadily climbing, by encouraging patients to use their doctor's office and not the hospital as the first point of entry. Second, to educate the public that health care services are not without cost, and third, to generate revenue and therefore avoid cutting programs and services in a year of extremely serious financial restraint. Have we met our objective? I can tell you that the outpatient utilization rates have dropped by approximately 16%. Similarly, I can tell you that many New Brunswickers have voiced their support for the educational value of this small charge. Have we created a barrier to access? This is a difficult question to answer. However, due to our concern that no barrier to services should exist, the province, when introducing this small charge, also committed itself to the principle that no one would be denied access to health services because of an inability to pay. Clearly, this is an avenue of provincial management of the health care system which will no longer be open to us if Bill C-3 comes into force in its present form—at least, not open to us without penalty.

[Traduction]

secteur de responsabilité qui relève d'elles de par la Constitution.

Le projet de loi se concentre sur des contrôles et des pénalités et établit un processus de règlement des conflits qui semble servir les seuls intérêts du ministre fédéral.

A première vue, le projet de loi sur la santé au Canada vise à créer, par l'entremise d'un mécanisme de financement, un meilleur cadre de fonctionnement et d'élaboration d'un système de soins de santé. Son but ultime, toutefois, semble aller à l'encontre de la Constitution, car il entraînera un contrôle fédéral sur le système de santé dans pratiquement tous les domaines, qu'il s'agisse des normes, des services offerts, des modes de prestation ou des modes de financement et de remboursement. Et d'après ce qui a été prévu, cet objectif sera atteint par l'établissement de critères de conception et de fonctionnement que les provinces devront respecter si elles veulent obtenir des contributions fédérales. D'autre part, un mécanisme officiel de révision contrôlé par le ministre fédéral sera instauré en vue de vérifier et de garantir que les provinces se conforment à ces critères.

Tout en imposant d'importantes restrictions au gouvernement provincial en matière d'élaboration de politiques de santé, le projet n'impose aucune obligation au gouvernement fédéral en ce qui a trait à un financement à long terme approprié du système de soins de santé.

Au bout du compte, ces politiques fédérales en matière de santé amèneront les provinces à n'être que les exécutants de la politique fédérale. L'un des plus importants secteurs qui relèvent des compétences provinciales serait totalement contrôlé par le gouvernement fédéral, qui pourrait en plus réduire sa contribution financière.

Le Nouveau-Brunswick s'est vu mis au rang des contrevenants dans le contexte du projet de loi sur la santé au Canada. En juillet 1983, la province introduisait des frais modérateurs minimes que l'on a imposés aux patients qui utilisaient les services externes et diagnostiques des hôpitaux de la province.

Ces frais ont été appliqués pour trois raisons: premièrement, pour tenter d'influencer les taux d'utilisation des services externes des hôpitaux, qui augmentaient régulièrement, en encourageant les patients à se rendre d'abord au cabinet de leur médecin, et non à l'hôpital. Deuxièmement, pour faire comprendre au public que les services de soins de santé ne sont pas gratuits et, troisièmement, pour générer des revenus et, par conséquent, éviter de couper les programmes et les services en période de restrictions financières extrêmement grave. Avons-nous atteint notre objectif? Je puis vous dire que les taux d'utilisation des services externes ont baissé d'environ 16 p. 100. De même, de nombreux Néo-brunswickois ont dit appuyer la valeur éducative de ces frais minimes. Avons-nous créé une barrière ou un obstacle à l'accès? Il est difficile de répondre à cette question. Toutefois, parce que nous n'avons pas voulu qu'il existe des «barrières aux services», nous nous sommes engagés, en imposant ces frais minimes, à ne refuser de soins à quiconque ne pourrait payer. De toute évidence, il s'agit là d'un mécanisme de gestion provincial qui sera désormais interdit si le projet de loi C-3 entre en vigueur dans

[Text]

• 1225

While it is tempting to give you a specific clause by clause analysis of Bill C-3, I believe there are issues in the health care field far more deserving of attention and more important to the citizens of New Brunswick and Canada. What are the challenges facing Canada's health care system? Most important is the funding issue. The New Brunswick government's expenditures on health care are continuing to grow, and represent an important portion of total government expenditures. At the same time, federal contributions in relation to total expenditures have decreased significantly.

In New Brunswick between the fiscal year 1980-1981, and 1982-1983, the total provincial health-related expenditure grew by \$183 million, from \$403 million to \$586 million. The health portion of the provincial budget grew from 22% to 23%. During the same period the federal contribution, while increasing in absolute monetary terms, from \$208 million to \$242 million, actually declined as a per cent of provincial expenditures from 52% to 41%.

In New Brunswick the major contributors to escalating costs are the medicare and hospital services program. These two components of the system represent about 76% of all health expenditures. In the last five years, costs associated with medicare have increased by 130% while those associated with hospital services have increased by 90%. It is becoming evident that every level of government must direct its efforts towards mechanisms that will restrain or control these rapid increases.

Another challenge facing all provinces is the aging population, which has so altered Canada's demographic profile during the last century. In 1901 one Canadian out of twenty was sixty-five years of age or more. In 1981, one Canadian out of ten fell into this group. By the year 2000 we expect one of every eight Canadians will be sixty-five years of age or older. Trends in New Brunswick are no different from those experienced at the national level.

Furthermore, it is a known fact that the elderly are the principal users of the health system. In New Brunswick approximately 40% of direct health expenditures are associated with this group. The high utilization of services combined with the continued rate of growth make this group a priority consideration in the future development of the health care system.

Despite the multiple improvements which have been realized over the past years certain adjustments are still required if we are to meet the special needs of the aging. Change in tech-

[Translation]

sa forme actuelle, et même si on nous permet de fonctionner de cette façon, une pénalité nous sera imposée.

Bien qu'il soit tentant de vous faire une analyse précise, article par article, du projet de loi C-3, je crois qu'il existe dans le domaine de la santé des questions qui méritent beaucoup plus d'attention et qui revêtent beaucoup plus d'importance pour les citoyens du Nouveau-Brunswick et du Canada. Quels sont les obstacles auxquels est confronté le système de soins de santé canadien? La question la plus importante est celle du financement. Les dépenses consacrées par le gouvernement du Nouveau-Brunswick aux soins de santé ne cessent d'augmenter et représentent une part importante des dépenses globales du gouvernement. Par ailleurs, la contribution du fédéral à l'ensemble des dépenses a diminué considérablement.

Au Nouveau-Brunswick, entre l'exercice financier 1980-1981 et celui de 1982-1983, le total des dépenses provinciales consacrées à la santé a augmenté de 183 millions de dollars, passant de 403 millions de dollars à 586 millions de dollars, et la part du budget provincial destinée à la santé est passée de 22 à 23 p. 100. Au cours de cette même période, la contribution fédérale, bien qu'elle ait augmenté en termes absolus, passant de 208 à 242 millions de dollars, a en fait baissé si on l'exprime en tant que pourcentage des dépenses provinciales, passant de 52 p. 100 à 41 p. 100.

Au Nouveau-Brunswick, les principaux responsables de l'accroissement des frais sont les programmes d'assurance-maladie et des services hospitaliers. Ces deux éléments du système représentent à eux seuls environ 76 p. 100 de toutes les dépenses consacrées à la santé. Au cours des cinq dernières années, les frais liés à l'assurance-maladie ont augmenté de 130 p. 100, tandis que ceux correspondant aux services hospitaliers ont connu une augmentation de 90 p. 100. Il devient évident que tous les paliers gouvernementaux devraient axer le gros de leurs efforts sur l'élaboration de mécanismes qui permettraient de restreindre ou de contrôler ces augmentations rapides.

Un autre obstacle auquel se trouvent confrontées toutes les provinces est celui du vieillissement de la population, qui a tant modifié les données démographiques du Canada au cours du dernier siècle. En 1901, un Canadien sur vingt était âgé de 65 ans ou plus. En 1981, un Canadien sur dix appartenait à ce groupe d'âge. D'ici l'an 2,000, on prévoit qu'un Canadien sur huit sera âgé de 65 ans ou plus. Les tendances démographiques observées au Nouveau-Brunswick ne sont pas différentes de celles relevées au niveau national.

En outre, il est un fait reconnu que les personnes âgées sont les principaux utilisateurs du système de santé. Au Nouveau-Brunswick, environ 40 p. 100 des dépenses directement liées à la santé sont attribuables à ce groupe. L'importante utilisation de ces services, ajoutée à un taux de croissance continue, font de ce groupe une préoccupation prioritaire dans l'élaboration futur du système de soins de santé.

En dépit des multiples améliorations qui ont été apportées au système ces dernières années, certains ajustements sont encore nécessaires si nous voulons répondre aux besoins

[Texte]

nology has created new territories in medicine and equipment which have assisted in providing better health care services to our residents. However, this has not come about without expense. Technology carries a very high price-tag.

As knowledge and technology continue to improve, governments face the necessity of rationalizing the availability of such specialized services. These impacts are clearly not addressed within the perimeters of the proposed Canada Health Act.

• 1230

The Canadian health system and the provincial health systems have always considered the curative aspects of the system as crucial. We now know health promotion and prevention can bring about very positive results. The challenge we face is to eliminate the competition for available resources between these two approaches and render them truly complementary.

It is unfortunate that Bill C-3 does not directly address these major challenges facing the health care system. At a time when federal and provincial governments should be sharing resources to begin to deal with these issues, we find ourselves instead in positions of confrontation.

But I must say, Mr. Chairman, on that last statement, although I have not been Minister that long, it appears in the last few weeks that attitude is changing, and this I appreciate. It seemed to be in the past, as I hear it, the fact that the proposed Canada Health Act was looming somewhere in the future. For a lack of detail regarding that, whenever Ministers and the federal counterpart met, there was a lack of material to get their teeth into so they could come up with positive results. Now that the proposed Canada Health Act is there, we do have something positive in terms of material to discuss, and it seems their tone is changing now. When we get down to serious consultation instead of confrontation, then we will make progress with improving our health care system.

Why is funding of the health care system the central issue? With EPF, which came into force in 1977, federal contributions were no longer determined by provincial program expenditures, as they were before, but were tied to the rate of growth in Canada's economy. This gave the federal government greater certainty about its financial commitments. Of equal importance, it placed an upper limit on its financial obligations. This less attractive financial arrangement was made acceptable to the provinces because the federal government assured them EPF would give provincial governments more flexibility in program decisions.

[Traduction]

particuliers des gens du troisième âge. L'évolution technologique a créé de nouveaux débouchés, de nouveaux domaines et du nouveau matériel en médecine, qui ont tous permis de fournir de meilleurs services de santé à nos habitants. Toutefois, cela n'a pu se faire sans argent. La technologie se paye, son prix est élevé.

Au fur et à mesure que progressent les connaissances et la technologie, les gouvernements sont confrontés à la nécessité de rationaliser la prestation de ces services spécialisés. Ces conséquences ne sont pas du tout abordées dans les différentes dispositions du projet de loi sur la santé au Canada.

Le système canadien de soins de santé ainsi que les systèmes de santé provinciaux ont toujours considéré comme crucial l'aspect curatif du système. Nous savons maintenant que la sensibilisation et la prévention en matière de santé peuvent aboutir à des résultats très positifs. L'obstacle auquel nous nous trouvons confrontés est celui d'éliminer la concurrence pour les ressources disponibles entre ces deux conceptions et de les rendre véritablement complémentaires.

Il est malheureux que le projet de loi C-3 ne porte pas directement sur ces obstacles majeurs auxquels est confronté le système de santé. Dans une période où les gouvernements fédéral et provinciaux devraient partager les ressources en vue de commencer à régler ces questions, nous nous trouvons, au lieu de cela, en situation de confrontation.

Je dois dire, monsieur le président, en ce qui concerne cette dernière déclaration, que bien que je ne sois pas ministre depuis longtemps, il semblerait que cette situation ait commencé à changer au cours des quelques dernières semaines, ce qui me rassure. D'après ce que j'ai entendu, les gens pensaient jusqu'à présent que ce projet de loi sur la santé au Canada n'était encore que très vague et qu'il faudrait attendre un certain temps avant qu'il ne prenne forme. Et chaque fois que les ministres provinciaux et fédéraux se rencontraient, ils ne disposaient pas de suffisamment de documentation et de détails pour pouvoir en arriver à des résultats positifs. Or, le projet de loi canadien sur la santé a bel et bien pris forme, et nous avons un document dont nous pouvons discuter. Grâce à cela, il semblerait que le ton des ministres ait changé. Lorsque nous en serons arrivés à des consultations sérieuses plutôt qu'à des confrontations, alors nous pourrions progresser et améliorer notre système de soins de santé.

Pourquoi le financement du système de soins de santé est-il au coeur du débat? Depuis l'entrée en vigueur du Financement des programmes établis ou F.P.E. en 1977, le fédéral a cessé de calculer sa part en se basant sur les dépenses provinciales effectuées au titre des programmes pour la rattacher au taux de croissance de l'économie canadienne, ce qui lui a permis de mieux prévoir ses engagements financiers. En outre, ce qui est tout aussi important, cette nouvelle méthode a imposé un plafond à ses obligations financières. Les provinces ont fini par accepter cet arrangement financier moins intéressant lorsque le gouvernement fédéral les a convaincues que le F.P.E. leur donnerait une plus grande marge de manoeuvre au niveau des décisions prises relativement aux programmes.

[Text]

Moreover, with EPF the federal government encouraged the provinces to restrict the growing costs of their programs. The provinces were asked to seek ways to make more effective use of money allocated to health care.

Indeed, the Prime Minister said:

(EPF) . . . suits the current and future imperative, namely financial restraint, in that provinces will have a greater incentive to implement what are admittedly difficult measures designed to restrain spending in these fields to reasonable levels.

In 1979, the federal government was highly critical of the provinces for program decisions they had taken regarding the administration and delivery of the health care programs. The provinces were accused of diverting federal EPF funds away from the health care spending. It took Mr. Justice Hall's commission to prove the provinces were managing their affairs as planned when EPF was negotiated. To this day, the federal government continues to criticize efforts by the provinces to control health care costs, despite the fact that it encouraged them to do so in 1976.

Health care programs are costly public services, and there is no doubt governments are spending vast sums of money on these programs. For our part, New Brunswick has never denied that federal transfers are important and that they enable the province to provide a whole range of public services, including health care. It also cannot be denied that federal payments have been increasing over the years. The fact of the matter is, however, that although federal payments have been increasing, they are not keeping pace with New Brunswick's spending needs, particularly in the health care field. The result is that federal contributions as a percentage of provincial spending are falling, and if present trends continue, will fall for some time to come. In other words, the level of federal support is dropping.

Mr. Chairman, New Brunswick needs more federal help, not less. The province is faced with very difficult fiscal and financial circumstances. Expenditure growth has recently outstripped revenue growth, despite expenditure restraint. As a result, it has been necessary to borrow large sums of money to pay for operating expenditures, including health care expenditures.

Let me conclude by saying again that New Brunswick has continuously voiced its commitment to the five basic principles of medicare and to Canada's health system. There are weaknesses and shortcomings, but these can be dealt with through a co-operative consultative process.

The proposed Canada Health Act in its present form is penalty-oriented in tone and will create many expectations that the provinces cannot hope to meet without more funding.

[Translation]

D'autre part, par le biais du F.P.E., le fédéral a encouragé les provinces à restreindre les coûts croissants de leurs programmes en leur demandant de chercher à utiliser plus efficacement les sommes qui leur étaient allouées au titre des soins de santé.

En effet, le Premier ministre a déclaré que:

(Le F.P.E.) répond aux besoins impérieux actuels et à venir, à savoir aux restrictions financières, en ce qu'il incitera davantage les provinces à mettre en oeuvre des mesures qui, de l'avis général, sont sévères mais qui visent à ramener les dépenses à des niveaux raisonnables dans ces domaines.

En 1979, le gouvernement fédéral a critiqué vertement les provinces pour certaines de leurs décisions concernant la gestion et l'exécution de leurs programmes en matière de soins de santé. Il accusait les provinces de ne pas utiliser les sommes allouées en vertu du F.P.E. aux fins prévues, à savoir pour les soins de santé. Il a fallu attendre la création de la Commission d'enquête Hall pour trouver que les gouvernements provinciaux administraient leurs affaires comme il avait été entendu au moment de négocier le F.P.E. Encore aujourd'hui, le gouvernement fédéral continue de critiquer les efforts que déploient les provinces pour restreindre les dépenses de santé, bien que ce soit lui qui les y ait encouragées en 1976.

Les programmes de soins de santé sont des services publics coûteux et il n'y a pas de doute que les gouvernements y affectent des sommes importantes. Pour sa part, le Nouveau-Brunswick n'a jamais nié que les versements du gouvernement fédéral étaient importants et qu'ils lui permettaient d'offrir une gamme complète de services publics, dont les services de santé. On ne peut pas nier non plus que les versements du gouvernement fédéral ont augmenté au cours des années. Toutefois, même s'ils ont augmenté, ils ne suffisent plus pour payer les dépenses du Nouveau-Brunswick, surtout dans le domaine des soins de santé. Les contributions fédérales ont diminué par rapport aux dépenses provinciales et si la tendance actuelle se poursuit, elles diminueront encore davantage. Autrement dit, le niveau de l'aide fédérale est à la baisse.

Monsieur le président, le Nouveau-Brunswick a besoin d'une augmentation de l'aide du gouvernement fédéral, et non d'une réduction de cette dernière. La province connaît de graves difficultés financières et fiscales. En dépit des restrictions financières, les dépenses se sont accrues à un rythme plus élevé que celui des revenus. Il a donc fallu faire d'importants emprunts pour régler les dépenses d'exploitation, dont celles engagées au chapitre des soins de santé.

Permettez-moi de conclure en répétant que le Nouveau-Brunswick a continuellement réaffirmé son engagement face aux cinq principes de base de l'assurance-maladie et au système de soins de santé du Canada. Il y a certes des faiblesses et des défauts à ce système, mais ces problèmes peuvent être réglés par la collaboration et la consultation.

Le projet de loi sur la santé au Canada, sous sa forme actuelle, a un caractère plutôt «punitif» et créera des besoins auxquels les provinces ne peuvent espérer répondre sans une

[Texte]

Unilateral federal legislation such as this does nothing to enhance the spirit of trust and working together that should be the essence of our co-operative federalism. I would urge all members to recognize the real issues in the current debate over health care so that Canadians may benefit from a truly critical look at the health care system we value so greatly.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: I wonder, Mr. Minister, before we go to Mr. Epp, if you would introduce the officials with you at the table.

Mr. Gallagher: Yes, I would like you to meet my deputy, Claire Morris. I am very pleased to have Claire with me. Claire is our first lady deputy in New Brunswick. With Claire as an example, we should have more. Also, we have Dave Potter from the Department of Health, and John Mallory from the Department of Finance.

The Chairman: Thank you.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I want to welcome the Minister here and especially his deputy minister. I want to say that the only regret I have is that Flora MacDonald is not here to do it for me.

Mr. Chairman, I want to ask the indulgence of the committee so that Mr. Fred McCain can take my time.

The Chairman: That is fine. Mr. McCain.

Mr. McCain: Mr. Chairman, I want to express through you to the New Brunswick delegation my sincere welcome for their presence here and the excellent way in which they have stated the case of the province. I fully support their stand.

Rather than question, Mr. Chairman, I would like to review a little bit of what I know of the health system of New Brunswick and how it has developed as far as federal-provincial co-operation and financing is concerned.

First, when medicare was proposed as available for the provinces of Canada, it was very carefully evaluated in New Brunswick by the financial people in government, both at the Department of Health and at the Treasury Board levels. A very careful estimate, not only of the cost of the day of its implementation but of its project cost, was the subject of a study.

The Government of New Brunswick was advised that though the budget for the first year was small and not particularly worrisome, the budget in 10 years for hospitalization care alone, Mr. Chairman, would equal or exceed the total budget of the Province of New Brunswick of that day. And that is a very, very serious projection of cost to the province.

For some time the province did not accept the cost-sharing approach which was made by the Government of Canada of

[Traduction]

augmentation de l'aide fédérale. Une législation unilatérale du gouvernement fédéral comme celle-ci ne fait rien pour établir un climat de confiance et de collaboration qui devrait être à la base de notre fédéralisme coopératif. J'invite tous les membres à reconnaître les vraies questions qui se posent dans le débat actuel sur les soins de santé, afin que les Canadiens puissent profiter d'un examen vraiment constructif du système de soins de santé auquel nous attachons tant d'importance.

Merci, monsieur le président.

Le président: Monsieur le ministre, avant de céder la parole à M. Epp, je vous demanderais de présenter les fonctionnaires qui vous accompagnent.

M. Gallagher: Je vous présente mon sous-ministre, M^{me} Claire Morris. Je suis ravi de la trouver dans mon équipe. Claire est la première femme au Nouveau-Brunswick à devenir sous-ministre. L'exemple de Claire devrait encourager d'autres femmes à accéder à des postes semblables. M'accompagnent également, Dave Potter du ministère de la Santé et John Mallory du ministère des Finances.

Le président: Merci.

Monsieur Epp.

M. Epp: Monsieur le président, je tiens à souhaiter la bienvenue au ministre et particulièrement à son sous-ministre. Je ne regrette qu'une chose: que Flora MacDonald ne soit pas là pour le faire.

Monsieur le président, je vais demander aux membres du Comité de bien vouloir me permettre de céder mon temps de parole à M. Fred McCain.

Le président: D'accord. Monsieur McCain.

M. McCain: Monsieur le président, je tiens à souhaiter la bienvenue à la délégation du Nouveau-Brunswick et à la remercier de l'excellente façon dont elle a illustré la situation de la province. Je suis tout à fait d'accord avec sa position.

Monsieur le président, au lieu de poser des questions, je préférerais vous faire un petit exposé du système de santé du Nouveau-Brunswick, tel que je le connais; je vous expliquerai comment on l'a mis en oeuvre, en mettant l'accent sur la coopération fédérale-provinciale et le financement.

Tout d'abord, lorsqu'on a proposé aux provinces canadiennes de créer un système de santé, les fonctionnaires chargés des finances au Nouveau-Brunswick, tant du ministère de la Santé que du Conseil du Trésor, ont entrepris une étude approfondie du projet. L'étude consistait en une évaluation très sérieuse, non seulement des coûts de la mise en oeuvre d'alors, mais également une évaluation quant aux coûts prévus.

Voici les conseils que l'on a donnés au gouvernement du Nouveau-Brunswick: le budget de la première année n'est pas élevé et il n'y a pas lieu de s'en inquiéter de façon particulière; par contre, dans dix ans, le seul budget des soins hospitaliers représentera ou dépassera le budget total actuel de la province du Nouveau-Brunswick. Il s'agit d'une prévision très, très sérieuse des dépenses qui seraient engagées.

Pendant quelque temps, la province n'a pas accepté la philosophie de partage des coûts proposée par le gouvernement

[Text]

that day. Until they were able to negotiate with the Government of Canada on a basis which, I believe, was 64% of hospitalization cost, they felt it irresponsible to go with the health-care system proposed by the federal government. It was then implemented on that basis. The catch-up requirement was emphasized and fought for, and the additional requirements of moneys for hospitals and other services required were pleaded.

They went into the program in good faith, on that basis of percentage financing. When medicare became a related subject, once again the Province of New Brunswick, under a different government at this time, did not jump immediately into the responsibility of sharing the cost of medicare on the formula that was presented to it by the Government of Canada.

• 1240

Now, I am talking about two different governments of two different faiths. The present Senator Robichaud from New Brunswick was then the Premier of New Brunswick, and not until extended negotiations by him and by a succeeding government was it considered possible for the province to finance medicare.

I see that my colleague from New Brunswick is somewhat in disagreement with me, but that is the history of how it happened.

Mr. Breau: I did not say a word.

Mr. McCain: So two governments of different political faiths found problems with the proposed 50-50 sharing basis. I think the minister has pointed out some of the difficulties that the province has experienced in a financial way, and I think if we take a look at the total picture of Atlantic Canada—and in this instance I do wish to represent them all; I am assuming something which perhaps I should not... the positions of the provinces of Atlantic Canada are in a very fragile economic situation. If more money is not forthcoming in the cost-shared programs in a substantial way, not only will the present Minister of Health in Ottawa find some fault with the fashion in which it is rendered but also it will be a very serious concern to the people who cannot raise any more money within their own jurisdictions.

I hope that all members of the committee understand that the Atlantic provinces are the highest taxed on average of all the provinces of Canada.

Mr. Breau: That is not true.

The Chairman: Order, please.

Mr. McCain: If you would just please read some of the representations that have been made by the government and my remarks and comparable tax statements in the House of Commons when discussing this bill, I think you will find that they are true. In sales tax, gasoline tax, income tax on average, the Atlantic provinces are higher than the other provinces—with possible exceptions in the Province of Quebec.

[Translation]

fédéral de l'époque. Jusqu'à ce qu'il puisse négocier avec le gouvernement du Canada sur une base d'environ 64 p. 100 des dépenses au chapitre des soins hospitaliers, je crois, le gouvernement néo-brunswickois estimait qu'il n'était pas prudent d'adhérer au système des soins de santé proposé par le gouvernement fédéral. L'adhésion se fit sur cette base. On a mis l'accent sur la nécessité d'une formule de rattrapage; on a invoqué d'autres besoins: l'argent pour les hôpitaux et d'autres services nécessaires.

Le Nouveau-Brunswick a adhéré au programme en toute bonne foi, sur une base de financement partagé. Lorsqu'il fut question des systèmes de santé, la province du Nouveau-Brunswick, dirigée par un nouveau gouvernement, cette fois, n'a pas accepté immédiatement la responsabilité de partager les coûts selon la formule que lui présentait le gouvernement du Canada.

Or, il s'agit de deux gouvernements différents qui n'ont pas le même credo. L'actuel sénateur Robichaud du Nouveau-Brunswick était alors premier ministre du Nouveau-Brunswick; ce n'est qu'après des négociations prolongées qu'un gouvernement successif a décidé qu'il était possible pour la province de financer les soins de santé.

Je vois que mon collègue du Nouveau-Brunswick n'est pas tout à fait d'accord avec moi; quoi qu'il en soit, voilà comment les choses en sont arrivées là.

M. Breau: Je n'ai rien dit.

M. McCain: Par conséquent, deux gouvernements qui avaient chacun leur credo éprouvaient certaines réserves quant à la formule de partage des coûts à raison de 50 p. 100-50 p. 100. Le ministre a signalé quelques difficultés éprouvées par la province sur le plan financier; je me fais le porte-parole de toutes les provinces de l'Atlantique, ce que je ne devrais probablement pas faire. De toute façon, si nous tenons compte de la situation économique de cette région, nous nous rendons compte qu'elle est très fragile. Si, dans le contexte des programmes à frais partagés, des sommes considérables ne sont pas accordées, non seulement l'actuel ministre de la Santé à Ottawa trouvera-t-elle à redire sur la façon dont ils sont administrés, mais les programmes eux-mêmes soulèveront beaucoup d'inquiétudes chez les gens qui ne peuvent pas trouver de l'argent dans leur propre juridiction.

J'espère que tous les membres du Comité comprennent que les provinces de l'Atlantique sont, en moyenne, celles qui sont les plus imposées au Canada.

M. Breau: Ce n'est pas vrai.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. McCain: Si vous preniez la peine de lire certains témoignages du gouvernement ainsi que mes déclarations, et d'étudier les comparaisons des états qui ont été présentés à la Chambre lorsqu'on discutait de ce projet de loi, vous découvririez que c'est vrai. La taxe de vente, la taxe sur l'essence, l'impôt moyen sur le revenu est plus élevé dans les provinces de

[Texte]

Mr. Speaker, I categorically deny the allegation of Mr. Breau and I ask him to substantiate his figures at some point in time with figures to support his statement. On a per capita levy basis, no; on a rate basis, yes, on average throughout Canada.

The Chairman: You have the floor, Mr. McCain.

Mr. McCain: I hope, sir, that I may never see the day I might sit in a publicly elected legislative body when I will not support my region regardless of the politics of the region of the day.

Supporting what I have to say, I want to go back to the CMA's presentation and I would like to read again into the record about three paragraphs they have presented to us. I start on page 5:

Our health care insurance program was originally designed to provide additional funds to the Atlantic Provinces to improve quality and match standards in the more affluent provinces. The Atlantic Provinces have tried to attain this standard

They have had to spend a larger share of their productive capacity for health care than other provinces have.

That is the CMA.

I would like to go down on page 6 to about eight lines from the bottom and read very briefly again:

So the proposed Canada Health Act will force citizens in Atlantic Canada to accept a lesser quality of health care than will be available in other Canadian provinces.

No matter what might be my particular views on any clause of this Bill, I hope that the committee, Mr. Chairman, will listen to and abide by the recommendations of the Minister of Health of New Brunswick and examine the tax structures, which are at a level now which, if raised, would be at a point of diminishing return. It would be stagnating for development in the Atlantic area for higher taxes. I think the provinces are going to have to be compelled to cut the suit to fit the cloth, and if we isolate health care with assistance from the federal treasury on the historic basis in consideration of this Bill it will be a grave disservice to the Atlantic provinces and perhaps to Manitoba as well—if we do not take the total picture into concern.

Mr. Chairman, I want to thank you and all members of the committee particularly for the opportunity of participating in this committee although I am not a regular member. Your patience and your generosity are very, very much appreciated. Thank you.

• 1245

The Chairman: Thank you, Mr. McCain. We are pleased to have you.

[Traduction]

l'Atlantique que dans les autres, sauf peut-être le Québec, dans certains cas.

Monsieur le président, je m'inscris en faux contre l'allégation de M. Breau et je lui demande d'étayer son argument en nous donnant des chiffres. S'il s'agit d'une imposition per capita, je dirais non; mais sur le plan du taux, je dirais que ces provinces sont celles qui, en moyenne, sont le plus lourdement imposées.

Le président: Monsieur McCain, vous avez la parole.

M. McCain: Monsieur, j'espère ne jamais voir le jour où je siégerais à une assemblée législative élue sans défendre les intérêts de ma région, quelle que soit la couleur politique de cette région.

Pour étayer ce que j'ai dit, j'aimerais vous citer environ trois paragraphes, extraits du mémoire de l'AMC. Il s'agit de la page 5:

Notre programme d'assurance-santé a d'abord été conçu pour accorder des fonds supplémentaires aux provinces de l'Atlantique afin d'améliorer leur qualité et de faire correspondre leurs normes à celles des provinces mieux nanties. Les provinces de l'Atlantique ont tenté d'atteindre cette norme.

Elles ont dû consacrer une plus grande partie de leur capacité de production aux soins de santé que les autres provinces.

Je cite le mémoire de l'AMC.

Je passe maintenant à quelques lignes du bas de la page 6 et je cite:

Par conséquent, si elle est adoptée, la Loi canadienne sur la santé obligera les provinces de l'Atlantique à accepter une qualité de soins de santé inférieure à celle qu'auront les autres provinces canadiennes.

Quelle que soit mon opinion personnelle sur n'importe quelle disposition de ce projet de loi, j'espère, monsieur le président, que le Comité écoutera et adoptera les recommandations du ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick; qu'il étudiera les structures fiscales actuelles qui, même si elles sont majorées, ne donneraient pas un rendement proportionnel à la majoration. Une majoration des taxes enlèverait le développement de la région de l'Atlantique. À mon avis, les provinces devront s'en tenir à la situation actuelle. Si l'on isole les soins de santé en tenant compte de l'aide financière traditionnelle du Trésor fédéral, ce projet de loi nuira considérablement aux provinces de l'Atlantique et peut-être même au Manitoba, à condition, bien entendu, de ne pas tenir compte de l'ensemble.

Monsieur le président, je tiens à vous remercier et à remercier tous les membres du Comité de m'avoir permis de participer aux délibérations de ce Comité, bien que je n'en sois pas un membre régulier. Je suis très sensible à votre générosité et votre patience. Merci.

Le président: Merci, monsieur McCain. C'est un plaisir de vous accueillir.

[Text]

Mr. Minister, have you any comments on the member's comments?

Mr. Gallagher: Mr. Chairman, I should have commented during my brief that a lot of the history of the development of the health care system in the Atlantic region I have read about and I have heard, and evidently it has been spelled out that we are below Canadian standards—the average standards—in our delivery service. This concerns us. This we are struggling to reach. But in our area we do have some positive things on the go that have been developed from necessity. Usually when we reach the area of necessity we really get our thinking caps on and we work out how we can provide services... I took particular note of the CMA comment this morning—when we must come up with innovative ways of delivering the health care system and do it more efficiently. We have in the province a system of extramural hospital approach, which does appear to be working very well, and I would like to comment just a bit further, if I could, on this, if we are going to talk about our system.

As you know, we appreciate the federal assistance that we have. It is already spelled out. Good heavens, our region needs it. We are ready to be accountable and give recognition. However, our hospital costs, as you know, even in our region are perhaps a bit below the rest of Canada, but we are talking per bed-day about \$250 to \$300. Our nursing home, which, with the exception of the building, is a provincial expenditure... those costs are now up to \$70 a day. But when we refer to our extramural approach, these are people who would otherwise be in hospital. They are under a doctor's care. They are people who instead of being in the hospital after an operation for 10 or 12 or 14 days, with the doctor's approval are allowed to go home in a shorter period of time. The extramural nurse calls the doctor, if necessary. We are doing this, with administrative costs, for \$30 a day.

My point here is, at the present time, why we established this. It is an extra cost to the system, and we are doing this with provincial funds. Our share of supporting the shared portion of our health care system... the increase there—as well as striving to bring in new, innovative programs—the burden is tremendous on the province. We could move more rapidly if we could afford to move rapidly.

In our discussions with the federal government, as I see it, now that we are, I believe, approaching the area where we can sit down and consult... then with the broader inclusion of some of these approaches, without taking money from the shared facilities now, I think we can move forward and provide services more efficiently than in the way in which our institutions have developed. It is a pretty costly process now.

I think that will do, Mr. Chairman.

The Chairman: I have a number of questions still, Mr. Minister.

[Translation]

Monsieur le ministre, avez-vous des commentaires à ajouter?

M. Gallagher: Monsieur le président, j'aurais dû préciser durant ma déclaration que j'ai lu et entendu beaucoup de choses au sujet de la mise en oeuvre d'un système de soins de santé dans la région de l'Atlantique; bien sûr, on a précisé que les nôtres sont en-deça des normes canadiennes, les normes moyennes, sur le plan de la prestation des services. Cela nous inquiète. Nous tentons d'atteindre ces normes. Mais dans notre région, nous assurons certains services qui ont été mis au point par nécessité. Habituellement, lorsqu'il s'agit de mesures nécessaires, nous nous adonnons à des réflexions sérieuses pour déterminer comment on peut assurer des services, comment on pourrait trouver des moyens innovateurs pour faire fonctionner plus efficacement un système de soins de santé; j'ai pris note des commentaires de l'AMC ce matin. Dans notre province, nous avons un système de soins extérieurs qui semble donner de bons résultats; j'aimerais renchérir, si vous me le permettez, puisqu'il s'agit de notre système.

Comme vous le savez, nous sommes sensibles à l'aide que nous donne le gouvernement fédéral. Nous l'avons déjà dit. Dieu sait que notre région en a besoin. Nous sommes disposés à agir de façon responsable et à rendre à César ce qui appartient à César. Toutefois, comme vous le savez également, les coûts de nos services hospitaliers, même dans notre région, sont peut-être un peu en-deça de ceux des autres régions; il s'agit d'environ \$250 à \$350 par lit-jour. Dans notre maison de repos, ces coûts relèvent du gouvernement provincial et s'élèvent maintenant à \$70 par jour, exception faite de la construction proprement dite. Mais ces soins externes sont assurés à des gens qui, autrement, seraient hospitalisés. À l'heure actuelle, ils sont sous les soins d'un médecin. Il s'agit de personnes qui, au lieu d'être hospitalisées pendant 10 ou 12 ou 14 jours à la suite d'une intervention chirurgicale, peuvent retourner chez elles plus tôt que prévu, si le médecin est d'accord. L'infirmière externe appelle le médecin, au besoin. Ces services, y compris l'administration, s'élèvent à 30\$ par jour.

Voici où je veux en venir. Pourquoi avons-nous mis sur pied ce service à l'heure actuelle? Ce service grève le système et nous utilisons des fonds provinciaux. Nous voulons faire notre part pour aider le système des soins de santé et nous voulons élaborer des programmes nouveaux et innovateurs; c'est un fardeau énorme pour la province. Nous ferions des progrès plus rapidement si nous pouvions le faire financièrement.

Quant à nos discussions avec le gouvernement fédéral, je crois que nous en sommes arrivés à un point où il est possible de s'asseoir et de discuter; en ajoutant certaines de ces mesures au programme actuel sans pour autant faire appel aux installations relevant du programme des frais partagés, je crois qu'il est possible d'assurer des services de façon plus efficace que ceux mis au point par nos institutions. À l'heure actuelle, ce système est assez coûteux.

Je crois que c'est tout, monsieur le président.

Le président: J'ai quelques questions à vous poser, monsieur le ministre.

[Texte]

Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, I do not find a whole lot to quarrel with in the presentation of the Minister from New Brunswick. I support, for instance, the call for enriched cost-sharing. I think it was something that was indicated might be necessary and preferable by the Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements.

• 1250

I have maintained, I think, with regard to the position the federal government has taken on funding, that the provinces have a case. I do not think it translates into a case for user fees, however. That is where my quarrel would be with New Brunswick. I doubt that you have had the time to compile statistics; but even so, I cannot imagine that the money you have raised through these user fees is in any way a significant portion of the money that you need to finance health care. Certainly no study that has ever been done has proved in any way that user fees are worth the cost of administrating them . . . —unless, of course, you have them so high as to have an even more penalizing effect on the sick than minimal user fees would have. So I think it is unfortunate that you have gone that route, and I hope the penalties provided in the Act will be sufficient to help you change your mind.

I regret also that there are not some provisions in the Act that would contain some sort of positive incentive for you to move in that direction as well. That is another thing we have called for.

What would your position be, for instance, if the recommendations of the Canadian Nurses' Association were to be adopted by this committee, and nurses were to be included as an insurable service within the context of the Act? Would that mean that the Province of New Brunswick would feel more freedom to experiment with those kinds of recommendations, or would that would have no effect?

Mr. Gallagher: Oh, I think we are going to have enough problems just now dealing with the Canada Health Act in trying to find another route instead of the user-fee approach. I would like to comment on that first.

You see, ours is an out-patient charge of \$3 or \$6 and no one turned away. We have found that the traffic to our out-patients has been increasing tremendously; they were getting over-crowded. We were faced with an extra cost of building larger out-patient facilities or redirecting the traffic. Now, there is no user fee if the business goes directly to the doctor's office. So we have had them in effect since the end of June, and the out-patient traffic is down 16%. We were getting basically quite good comments, in that people can get service more rapidly. But again, it raises another question: What happens to the other 16% that did not show? Did they go to the doctor's office, or where did they go? We do not have any way of tracking this down.

[Traduction]

Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, je ne trouve pas beaucoup à redire de la déclaration du ministre du Nouveau-Brunswick. Par exemple, je suis d'accord qu'il faut augmenter les programmes à frais partagés. Il me semble que le groupe d'étude sur les arrangements fiscaux fédéraux-provinciaux a dit que c'était nécessaire et préférable.

Pour en revenir à l'attitude du gouvernement fédéral en matière de financement, je crois avoir soutenu le fait que les provinces avaient un argument valable même si je ne pense pas qu'il puisse servir à défendre les frais modérateurs. C'est en cela que je ne serais pas d'accord avec le Nouveau-Brunswick. Je doute que vous ayez eu le temps d'établir des statistiques et, même si vous l'avez fait, je ne conçois pas que l'argent que vous avez pu recueillir grâce aux frais modérateurs puisse représenter un pourcentage très important du budget dont vous auriez besoin pour financer la santé publique. Il est évident qu'aucune étude jamais entreprise n'a réussi à prouver de façon concluante que les frais modérateurs valaient autant que ce qu'il en coûtait pour les faire appliquer—à moins bien sûr de les majorer à un point tel qu'ils finiraient par avoir pour les malades des conséquences encore plus pénalisatrices que des frais modérateurs modiques. Il est donc à mon avis malheureux que vous ayez choisi cette solution, et j'espère que les sanctions prévues dans la loi suffiront à vous faire changer d'avis.

Je regrette également que la Loi ne contienne pas d'autres dispositions qui pourraient vous encourager d'une façon positive à agir dans ce sens. C'est en effet un autre élément que nous avions réclamé.

Quelle serait votre attitude si par exemple les recommandations de l'Association des infirmiers et des infirmières du Canada venaient à être adoptées par le Comité et si les soins infirmiers devenaient assurables aux fins de la Loi? Cela signifierait-il que la province du Nouveau-Brunswick se sentirait plus libre de mettre à l'essai des recommandations de ce genre ou cela ne changerait-il rien du tout?

M. Gallagher: Ecoutez, je pense que nous allons déjà avoir suffisamment de problèmes dans le cadre de la Loi sur la santé qui va nous obliger à changer d'orientation et à abandonner le concept des frais modérateurs. Mais j'aimerais dire quelques mots à ce sujet pour commencer.

Comprenez-nous bien, nous imposons des frais de visite de 3 ou de 6 dollars pour les patients externes et personne ne se voit jamais refuser un service. Nous nous sommes rendu compte que les consultations externes avaient augmenté d'une façon phénoménale et qu'une salle d'urgence ne suffisait plus. À ce moment-là, nous nous sommes rendu compte que nous devions soit construire—à nos frais—une infrastructure de services d'urgence plus étoffée, soit réorienter la clientèle des salles d'urgence. Si la clientèle en consultation externe est réacheminée vers les cabinets des médecins, il n'y a bien entendu pas de frais modérateurs. Ainsi, nous avons imposé ces frais modérateurs depuis la fin du mois de juin, et la clientèle en consultation externe a immédiatement diminué de 16 p. 100. Les

[Text]

On your final point, of what do I think about the nurses' association and their being accepted into the diagnostic field or whatever, I think the professional groups themselves had better iron that one out before we as a government start moving into that area. We sort of have a full plate right now.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, with regard to the fiscal capacity of New Brunswick, I am aware, as everyone else is, of some of the economic factors that impinge upon the ability of a province like New Brunswick to finance its health care system—or for that matter, anything else. But another thing that I am also aware of is—in my view, anyway, and make no bones about it, it is a political comment—I think that part of the problem in New Brunswick with respect to the fact that the health care system is said to be 20% below is because we have had a succession in that province of philosophically primitive governments, both Liberal and Conservative, who have resisted the introduction of medicare. They have not summoned the political courage to tax certain people in that province, even if they have to go all the way to the Bahamas to do it—I will not mention any names, but words like “Irving” come to mind. A province like New Brunswick would have a little more creditability coming before this committee if they had the courage in their own backyard to raise the money that should be available to the community and the people of New Brunswick, but which is not available to them because certain people in that province have been allowed to run roughshod over the public interest for years, and nobody has done anything about it.

• 1255

Mr. Gallagher: Are you advocating more taxes, just for certain people?

Mr. Blaikie: People who fall into certain categories.

An hon. Member: Manitoba too.

Mr. Blaikie: Certainly.

The Chairman: Mr. Minister, would you like to comment on that general statement?

Mr. Gallagher: Our ability to raise revenue... I think we have very little room left to operate in that area. And again, accountability with our shared programs is no problem to me.

[Translation]

réactions ont dans l'ensemble été très positives dans la mesure où maintenant, les gens peuvent se faire soigner plus rapidement. En revanche, cette conclusion débouche sur une autre question, en l'occurrence où donc vont ces 16 p. 100 de patients externes qui ont disparu des salles d'urgence? Ces gens ont-ils été consulter leurs médecins, ou quoi? Nous n'avons aucun moyen de le savoir.

Pour ce qui est de votre dernière question, ce que je pense de la recommandation de l'Association des infirmiers et des infirmières et de l'intégration de leurs services dans les services diagnostiques, je vous dirais que les corps professionnels eux-mêmes auraient intérêt à commencer par se mettre eux-mêmes d'accord avant que le gouvernement intervienne. Nous avons déjà suffisamment de pain sur la planche.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, pour parler un peu de l'assiette fiscale du Nouveau-Brunswick, je suis au courant comme tout le monde de certains des éléments économiques qui empêchent précisément une province comme le Nouveau-Brunswick de financer notamment son propre service de santé public. Mais il y a autre chose encore que je sais—du moins, c'est mon avis, et n'en faites pas tout un plat parce que c'est un commentaire à connotation politique—et c'est que si le Nouveau-Brunswick a un problème en ce sens que les services de santé publics, dit-on, sont de 20 p. 100 inférieurs, c'est parce qu'il y a eu, dans cette province, toute une série de gouvernements à la philosophie quelque peu primitive, gouvernements d'ailleurs aussi bien libéraux que conservateurs, qui ont opposé une farouche résistance à l'implantation du Régime national de santé public. Ces gouvernements n'ont jamais eu le courage politique de fiscaliser certains groupes d'individus, quitte à aller jusqu'aux Bahamas pour le faire. Je ne veux citer personne, mais le nom «Irving» me vient immédiatement à l'esprit. Une province comme le Nouveau-Brunswick devrait, avant de comparaître devant un comité comme le nôtre, avoir un peu plus de crédibilité, comme cela aurait été le cas si elle avait eu le courage de mettre un peu d'ordre dans sa propre maison et d'aller chercher chez elle de l'argent qui aurait pu servir à ses propres ressortissants, de l'argent qui lui échappe parce que certains de ses habitants ont pu pendant des années faire fi de l'intérêt public sans que quiconque ne juge bon d'intervenir.

M. Gallagher: Vous préconisez donc une fiscalité accrue, du moins pour certaines personnes?

M. Blaikie: Pour certaines personnes dans certaines catégories, oui.

Une voix: Au Manitoba également.

M. Blaikie: Effectivement.

Le président: Monsieur le ministre, auriez-vous quelque chose à rétorquer à cette argumentation?

M. Gallagher: Pour ce qui est de notre potentiel fiscal, je dirais que nous n'avons plus de marge de manoeuvre. Ici également, l'imputabilité pour ce qui est des programmes que

[Texte]

It was not in my previous portfolio; it is not in this one. We have sort of reached that area where we can bring in more provincial revenue; there is only once place to look. We think our programs are important and through negotiations with the federal government, interested as they are in the health care system, that will be forthcoming.

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman. I would like to join others in welcoming Mr. Gallagher, the Minister of Health for New Brunswick, and to thank him for his presentation. I do not want to get into the argument that Mr. McCain raised. I see he left. But I am sure he will be around here for a little while yet, so I will get at him some other day.

The fact is that when you look at the figures overall, not only sales tax and income tax, the Atlantic provinces are not on a per capita basis overtaxed. When you include property taxes and all sorts of charges for local services, particularly in Newfoundland and New Brunswick because of the structure of taxation, which was designed by a Liberal government in the 1960s, the fact is that overall the figures do not show that compared to other provinces New Brunswickers are overtaxed. I have never heard a federal politician publically advocate more taxes. But your colleague, Mr. Baxter, in his last budget, certainly was not shy to increase taxes. He thought New Brunswickers could pay more taxes.

On page 2 you say:

Based on per capita expenditure data, the Atlantic provinces health care systems are approximately 20% below the average of other provinces.

I do not think that is a very relevant figure. One of the reasons our per capita expenditures are low in the Atlantic provinces is because the hospital workers are the lowest paid in the country. It costs less on a per capita basis in the Atlantic provinces to construct and manage hospitals than it does, for example, in Ontario.

If the Minister wants to show or prove that the Atlantic provinces need more money, in terms of development of the health care system... I would not exclude the possibility of more money, but you will have to get a more relevant figure than that one. As I say, our hospital workers are not that well paid compared to Quebec and Ontario and running hospitals generally is not as expensive in the Atlantic provinces.

[Traduction]

nous partageons ne m'inquiète certainement pas. Je n'y voyais aucun problème lorsque j'occupais mes fonctions précédentes, et je n'en vois pas davantage maintenant. Nous avons plus ou moins atteint le point où nous avons réussi à augmenter encore les recettes provinciales; il n'y a en fait qu'une seule source. Nos programmes, nous le savons, sont importants, et, grâce aux négociations avec le gouvernement fédéral, qui suit de très près tout le domaine de la santé, c'est cela qui va se passer.

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président. J'aimerais à mon tour souhaiter la bienvenue à M. Gallagher, ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick, et le remercier de nous avoir présenté son exposé. Je ne voudrais pas revenir sur ce qui a été mentionné par M. McCain et je constate d'ailleurs qu'il n'est pas parmi nous, mais je pourrais lui en reparler ultérieurement car je sais qu'il va rester des nôtres.

Il n'en reste pas moins que, si l'on considère le chiffre global, et je ne parle pas seulement de la taxe de vente et de l'impôt sur le revenu, on peut constater que, dans l'ensemble, les provinces de l'Atlantique ne sont pas surtaxées au niveau individuel. Lorsqu'on tient compte des taxes foncières et de toutes les taxes locales, et c'est le cas surtout à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick en raison de la structure de la fiscalité qui remonte au gouvernement libéral des années 60, il est évident que dans l'ensemble ces chiffres montrent que, par rapport aux autres provinces, les gens du Nouveau-Brunswick ne sont pas indûment taxés. Je n'ai jamais entendu aucun homme politique fédéral préconiser publiquement un accroissement de la fiscalité. En revanche, votre collègue, M. Baxter, n'a pas eu peur, à l'occasion de son dernier budget, de relever la fiscalité car, pensait-il, les gens du Nouveau-Brunswick pouvaient payer davantage.

Vous dites à la page 2:

Selon les données sur les dépenses par habitant, les systèmes de santé des provinces atlantiques se situent à environ 20 p. 100 en dessous de la moyenne des autres provinces.

Je ne pense pas que ce chiffre ait une quelconque signification. L'une des raisons pour lesquelles nos dépenses par habitant sont aussi faibles dans les provinces de l'Atlantique est que la main-d'oeuvre hospitalière compte parmi la moins bien payée de tout le Canada. Ainsi, il en coûte beaucoup moins, par habitant, de construire et d'administrer des hôpitaux dans les provinces de l'Atlantique qu'en Ontario, par exemple.

Si le ministre veut démontrer ou prouver que les provinces de l'Atlantique ont besoin de plus d'argent pour étoffer leurs régies de santé publique... Bien sûr, je n'exclus pas la possibilité de leur donner davantage, mais il faudrait quand même nous fournir des chiffres un peu plus significatifs que celui-là. Comme je viens de le dire, la main-d'oeuvre qui travaille dans les hôpitaux n'est pas si bien payée que cela par rapport à ce qui se passe au Québec et en Ontario et, d'une façon générale, il en coûte moins cher d'administrer les hôpitaux dans les provinces de l'Atlantique.

[Text]

Your brief mentions some figures. It seems to me that you are trying to prove that the federal contribution, as a percentage of our overall health expenditure in New Brunswick, has decreased. I do not want to accuse you of being mischievous, because I know you are not, but you are being very selective with the years that you chose. You just happened to use the years that started after the levelling up payments and the transitional payments from EPF, from 1980-1981 down. It is normal that the federal contribution, as a percentage, would be reduced, because EPF was structured to provide very much higher payments in the first three years of EPF, particularly to those provinces whose average costs were under the national average.

• 1300

If I take more objective figures than the ones you chose, I find that in 1976-1977, the last year of cost sharing, the federal contribution was 46.1% of overall health expenditures in New Brunswick and it was 60.8% of the medicare and hospitalization ones. In 1982-1983, the federal contribution was 46.5% of our overall expenditures and for medicare and hospitalization 58.4%. So, in fact, the federal contribution as a percentage of your overall health expenditures, according to my figures, has gone up.

When the argument is being made that there is a need for more money, or there was a need for more money in 1976-1977 as we went into EPF in the Atlantic provinces, I just want to repeat what I said this morning to the CMA, that that money was provided for in EPF when it started.

I believe what happened, Mr. Gallagher, was that your predecessors were not being told by Ministers of Finance in New Brunswick how much money was coming from the federal government. You did get an increase in 1978-1979 of 19%; in 1979-1980 of 16%; in 1980-1981, it was less, 11%, because the levelling up payments were already in; in 1982-1983 it was 13%—and the expenditures in New Brunswick for medicare and hospitalization were not going up at the same level. What happened was that your provincial Ministers of Finance were not telling the whole truth and nothing but the truth to the Ministers of Health in New Brunswick, obviously.

Having said that . . . The Minister worries in the brief about the imposition by the federal government of certain standards, and he criticizes, or he comes close to criticizing, Bill C-3 as giving too much influence to the federal government in the health field. Would the Minister honestly want to go back to cost sharing? Would he honestly want to go back to a system whereby the provinces have to submit to Ottawa claims for

[Translation]

Dans votre mémoire, vous nous citez quelques chiffres. Il me semble que vous essayez de prouver que la contribution fédérale, en tant que pourcentage des dépenses globales au Nouveau-Brunswick dans le domaine de la santé, a diminué. Je ne veux pas vous accuser d'avoir tenu des propos malveillants, parce que je sais que vous ne l'avez pas fait, mais il n'en reste pas moins que vous avez choisi très soigneusement les années dont vous avez parlé. Il arrive comme par hasard que vous citiez en exemple les années qui suivent les paiements de stabilisation ainsi que les paiements de transition dans le cadre du FPE, c'est-à-dire à partir de 1980-1981. Il est tout à fait normal que la contribution fédérale, exprimée en pourcentage, ait diminué, car la structure même du FPE voulait que les versements soient beaucoup plus élevés pendant les trois premières années du programme, particulièrement envers les provinces dont la moyenne des frais se situait au-dessous de la moyenne nationale.

Si l'on regarde des chiffres plus objectifs que ceux que vous avez choisis, on voit qu'en 1976-1977, soit la dernière année du partage des coûts, la contribution fédérale représentait 46,1 p. 100 de l'ensemble des dépenses du Nouveau-Brunswick dans le domaine de la santé et 60,8 p. 100 des frais des régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation. En 1982-1983, la contribution fédérale se situait à 46,5 p. 100 de l'ensemble des dépenses, et à 58,4 p. 100 des dépenses des régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation. Donc, en fait, la contribution fédérale, comme pourcentage de l'ensemble des dépenses dans le domaine de la santé, s'est accrue selon mes chiffres.

Lorsqu'on fait valoir l'argument qu'il faut davantage de fonds, ou, du moins, qu'il en fallait en 1976-1977 lors de l'instauration du FPE dans les provinces de l'Atlantique, je dois répéter ce que j'ai dit ce matin à l'Association médicale du Canada, à savoir que les fonds étaient prévus par le FPE dès le départ.

Ce qui est arrivé, monsieur Gallagher, c'est que certains ministres des Finances au Nouveau-Brunswick n'ont pas indiqué à vos prédécesseurs l'importance des fonds versés par le gouvernement fédéral. En 1978-1979, vous avez obtenu une augmentation de 19 p. 100; en 1979-1980, elle a été de 16 p. 100; en 1980-1981, elle était moins élevée, soit 11 p. 100, car les versements de stabilisation avaient déjà commencé; en 1982-1983, elle a été de 13 p. 100—et les dépenses rattachées aux régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation au Nouveau-Brunswick n'augmentaient pas autant. Donc, de toute évidence, vos ministres des Finances provinciaux ne disaient pas toute la vérité aux ministres de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Ceci dit . . . Le ministre s'inquiète, dans son mémoire, de la possibilité que le gouvernement fédéral lui impose certaines normes, et il reproche au projet de loi C-3, ou à l'air de lui reprocher, d'accorder trop d'influence au gouvernement fédéral dans le domaine de la santé. En toute sincérité, le ministre préférerait-il l'ancien système de partage des coûts? Veut-il vraiment revenir à un système qui veut que les

[Texte]

payments? When you criticize the amount of money that goes to a province under EPF, the only alternative is to go back to a very rigid cost sharing system. Does the Minister honestly believe he would want to go back to that kind of rigid system, which would not provide for his shifting to more home care, as he just said, to save money in the long term?

The Chairman: Mr. Minister.

Mr. Gallagher: No, Mr. Breau, I do not think there is any intention of going back to that system. Also, it is good to remember the good old days when there were a lot more dollars in so many more areas than there are today, but we have to be realistic and take a look at what the future holds for us. As far as our percentage of the overall health care cost is concerned, I was not trying to be mischievous in any way, but was being realistic in relation to the areas that have had considerable growth in the past few years, in relatively few years. Our nursing home program, in preparing for what lies ahead with our aging population . . .

Mr. Breau: Okay, but block funding, Mr. Gallagher, was designed for that. It does provide that if you do save money in the long term . . . If you invest more up front, as you said a while ago, for your home care program, block funding is an ideal system as an incentive to you. You may go to higher capital cost up front, but you are going to save money in the long run. That is why EPF is ideal.

Mr. Gallagher: Then as long as your government, Mr. Breau, picks up its share of it.

Mr. Breau: Our government, Mr. Gallagher.

Mr. Gallagher: Our government—I am sorry. This is where the consultation process is so important and has been, I feel, a bit lacking.

Mr. Breau: Well, I do not want to argue. I do not want to make this a mathematical discussion, but you know as well as I do that if you consider your overall health expenditures, the federal contribution in New Brunswick is the same now on a percentage basis—maybe just slightly more—as it was under cost sharing in 1976-1977. You were very skillful in using the figures to make your argument only for 1980-1981, but from 1977-1978 to 1980-1981, New Brunswick received levelling-up payments to bring it up to a national average on a per capita basis. What happened is that your Minister of Finance did not tell you he was getting this money.

[Traduction]

provinces présentent une demande de paiement à Ottawa? Lorsqu'on n'est pas d'accord avec les fonds que l'on reçoit dans une province en vertu du FPE, la seule autre possibilité est de revenir à un système rigide de partage des coûts. Le ministre croit-il vraiment préférer ce genre de système très rigide, qui ne lui permettrait pas de mettre l'accent sur les soins à domicile, comme il voudrait le faire, pour économiser à long terme?

Le président: Monsieur le ministre.

M. Gallagher: Non, monsieur Breau, je ne crois pas que nous préconisons le retour à l'ancien système. Evidemment, on se souvient avec plaisir du bon vieux temps où les fonds étaient beaucoup moins limités, dans bien des domaines d'ailleurs, qu'ils le sont aujourd'hui, mais d'un autre côté, il faut être réaliste en examinant notre situation future. En ce qui concerne le pourcentage que nous devons payer par rapport à l'ensemble des dépenses dans le domaine de la santé, je ne voulais pas tenir des propos malveillants; au contraire, je voulais vous présenter un tableau réaliste, surtout en ce qui concerne les domaines qui ont pris énormément d'expansion depuis quelques années. Par exemple, notre programme de soins dans les maisons de repos, en prévoyance d'une population âgée beaucoup plus importante . . .

M. Breau: D'accord, mais le système de financement global a été conçu pour cela justement, monsieur Gallagher. Si vous arrivez à économiser de l'argent à long terme, il prévoit . . . Si vous êtes prêt à investir davantage d'argent au départ, comme vous l'avez dit tout à l'heure, pour votre programme de soins à domicile, le système de financement global est idéal parce qu'il vous encourage à le faire. Beaucoup d'immobilisations seront peut-être plus élevées au départ, mais vous allez finir par économiser de l'argent à long terme. Voilà pourquoi le FPE est idéal.

M. Gallagher: À condition que votre gouvernement, monsieur Breau, paye sa part.

M. Breau: Notre gouvernement, monsieur Gallagher.

M. Gallagher: Oui, notre gouvernement, je suis désolé. C'est là que les consultations sont extrêmement importantes et, à mon avis, elles n'ont pas été très exhaustives justement.

M. Breau: Eh bien, je ne veux pas que notre discussion se transforme en dispute, ni en discussion mathématique. Par contre, vous savez aussi bien que moi que si vous tenez compte de l'ensemble des dépenses dans le domaine de la santé, la contribution fédérale versée à la province du Nouveau-Brunswick est inchangée sur une base proportionnelle—ou peut-être un peu plus élevée—par rapport à votre part lorsqu'il y avait partage des coûts en 1976-1977. Votre présentation des chiffres, pour étayer vos arguments, était très adroite en ce qui concerne 1980-1981, mais entre 1977-1978 et 1980-1981, votre province a reçu des fonds supplémentaires pour qu'elle soit sur un pied d'égalité avec les autres provinces selon une formule par habitant. Malheureusement, votre ministre des Finances ne vous a pas dit qu'il obtenait ces fonds.

[Text]

Mr. Gallagher: I think what you are pointing out—whether it is my Minister of Finance or New Brunswick's Minister of Finance or the federal Minister of Finance—is a portion of the problem that is lacking, and that is the need for the ministers of health and finance of the respective provinces and federal to sit down together . . .

Mr. Breau: I think we should start by making very . . .

The Chairman: Order, please! The Minister has the floor.

Mr. Breau: I think we should make sure that the ministers of finance in the provinces tell the ministers of health in the provinces how much money they are getting from the federal government.

But I want to go to something else.

The Chairman: This will be your last question for now, Mr. Breau.

Mr. Breau: My last question and my last point. It seems to me that when you make the case that you need more development money in the Atlantic provinces, you should explain why it is that in the last few years you have been building monsters as hospitals, and now they are costing you an awful lot of money to operate. It was the New Brunswick government that made those decisions. You spent, I believe, over \$100 million for a hospital in Saint John. You are now spending about \$40 or \$50 million at the Moncton city hospital and you are not adding one bed, I am told. You are putting on an addition to the Georges Dumont Hospital in Moncton, too, in the same city, for about \$25 or \$30 million. Those decisions were made by the provincial government. I have seen those buildings before and I must tell you that, while it is good for New Brunswick to have nice new buildings, I have seen hospitals in worse shape than the Moncton City Hospital was. I do not see, and from what I have read about those plans, you are not adding one more bed or additional chronic care or whatever. It seems to me that if you make political decisions to suit the communities, and you are going to give them large new hospitals, you cannot come here to the federal government and complain that you do not have enough money.

Mr. Gallagher: I hope you are not suggesting that the hospitals in New Brunswick are adequate as is.

Mr. Breau: Well, it depends, Mr. Gallagher. Some of them are.

The Chairman: Order, please! I want the Minister to answer more fully if he wants to.

Mr. Gallagher: It is difficult, I agree, to bring all services to all areas up at the same time. When you refer to Moncton, an addition going on with no extra beds, the extra beds were built some time ago and the support facilities were not made

[Translation]

M. Gallagher: Je crois que votre observation, qu'il s'agisse de mon ministre des Finances, du ministre des Finances du Nouveau-Brunswick ou du ministre fédéral des Finances—fait ressortir ce qui est la plus grande lacune, à savoir le manque de consultations entre les ministres de la Santé et les ministres des Finances aux niveaux provincial et fédéral et le besoin d'organiser une réunion de ceux-là . . .

M. Breau: Je pense que nous devrions commencer par . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît! Le ministre a la parole.

M. Breau: Je pense que nous devrions nous assurer que les ministres des Finances provinciaux révèlent aux ministres de la Santé provinciaux l'importance des fonds qu'ils reçoivent du gouvernement fédéral.

Mais maintenant je voudrais passer à un autre sujet.

Le président: Ce sera votre dernière question pour l'instant, monsieur Breau.

M. Breau: Ce sera ma dernière question et mon dernier point. Il me semble que si vous allez nous dire qu'il vous faut davantage de fonds pour développer les soins de santé dans les provinces de l'Atlantique, vous devrez peut-être nous expliquer pourquoi vous construisez des hôpitaux énormes depuis quelques années, qui vous coûtent très cher en dépenses de fonctionnement. Mais c'est le gouvernement du Nouveau-Brunswick qui a pris de telles décisions. Je crois que vous avez dépensé plus de 100 millions de dollars pour construire un hôpital à Saint-Jean. Maintenant, vous allez dépenser environ 40 ou 50 millions à l'Hôpital de Moncton et, si mes renseignements sont bons, il n'y aura pas un lit de plus. Vous allez également agrandir l'hôpital Georges Dumont à Moncton, dans la même ville, au coût d'environ 25 ou 30 millions de dollars. Eh bien, c'est votre gouvernement provincial qui a pris ces décisions. J'ai déjà vu les hôpitaux en question et je me dois de vous dire que même s'il était bien que la province du Nouveau-Brunswick ait de nouveaux édifices, j'ai vu des hôpitaux en pire état que l'hôpital de Moncton. Je ne vois pas l'utilité, et d'après ce que j'ai lu au sujet des plans, vous n'aurez pas plus de lits ni plus d'installations pour les soins chroniques. Il me semble que si vous prenez des décisions politiques pour plaire à vos électeurs, qui veulent avoir de grands hôpitaux tout neufs, vous ne pouvez pas vous présenter devant le gouvernement fédéral en vous plaignant de manquer de fonds.

M. Gallagher: J'espère que vous n'êtes pas en train de dire que les hôpitaux du Nouveau-Brunswick suffisent tels qu'ils sont à l'heure actuelle.

M. Breau: Eh bien, cela dépend, monsieur Gallagher. Il y en a qui font l'affaire.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît! Je vais permettre au ministre de répondre de façon plus détaillée s'il veut le faire.

M. Gallagher: Il n'y a pas de doute qu'il est difficile d'offrir tous les services à toutes les régions d'une province en même temps. En ce qui concerne Moncton, où nous agrandissons un hôpital sans prévoir de lits supplémentaires, eh bien, les lits supplémentaires étaient fournis il y a quelque temps sans les

[Texte]

available at that time. At the present time we are trying to get a balance between the operating part and the beds they have.

I could go around the province, I suppose, hospital by hospital, and go into details as to the needs. That would be a bit inappropriate. I think you realize, too, that an effort is being made in other parts of the province to have better facilities. Whether they are needed or not, that is a decision that was made in the province, yes, in consultation with the people in the areas. As I talked to the people in the areas, we are short in a good many areas yet. It is expensive, it is true, building facilities . . . it is true. Perhaps the way in the past that the shared facilities were directed, we have built institutions that we cannot afford

• 1310

I am prepared to wonder if that has not developed. This is why we are trying, instead of adding further to, to find a better method of providing good health care services without getting so much money tied up in the facility itself. True, there is technology, and true, there is the medical manpower cost that is ever-increasing in New Brunswick. There are many things to take into consideration. We can take out one section and say perhaps we have gone too far, but I think that is open for debate.

The Chairman: I will go to Dr. Halliday now.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I just have one brief question, but before I come to that I want to make a couple of observations, very briefly also.

I want to welcome the Minister here and tell him how impressed some of us are, certainly, with his presentation today. But I think more important than just that is the fact that he along with half a dozen or so of his counterparts in other provinces have seen fit to ask to be heard by this committee.

I think this has two significant features to it. One is that it is not common to have provincial ministers appear before a parliamentary committee. I think it has been regrettable in the past, and I hope we see more of this in the future because I feel that we are going to have to have more co-operation between the two levels of government. It has been difficult between government and government, but surely we can approach some of that by having it between government and Parliament. So I welcome you and congratulate you on coming before a parliamentary committee, and I am glad that some of your counterparts are also doing that.

The second significant fact about our being here, Mr. Chairman, is the fact that obviously we have a Bill that is giving the provinces a lot of problems, and I think it is very

[Traduction]

installations nécessaires. À l'heure actuelle, nous essayons de rétablir l'équilibre entre le nombre de lits et les installations nécessaires.

Je pourrais vous parler en détail de chaque hôpital de la province en vous expliquant les besoins. Mais ce serait tout à fait inapproprié. D'ailleurs, je crois que vous savez déjà qu'on déploie des efforts dans d'autres régions de la province pour améliorer les installations. Que celles-ci soient nécessaires ou non, il s'agit d'une décision qui a été prise par la province en consultation avec les habitants de ces régions. Comme j'ai parlé moi-même aux habitants de ces régions, je sais qu'il existe encore de graves lacunes. C'est vrai qu'il coûte cher de construire de grands hôpitaux. Peut-être à cause de la façon dont les installations partagées étaient administrées par le passé, nous nous retrouvons maintenant avec des hôpitaux qui dépassent nos moyens.

Je me demanderais même si cela ne s'est pas produit. C'est précisément la raison pour laquelle, au lieu d'aller plus loin, nous essayons de découvrir une meilleure méthode qui nous permette d'assurer de bons services de santé sans avoir à investir trop d'argent dans l'infrastructure elle-même. Bien sûr, il y a la technologie, bien sûr, la main-d'œuvre médicale coûte de plus en plus cher au Nouveau-Brunswick. Il y a énormément d'éléments dont il faut tenir compte. Nous pouvons prendre un élément et nous demander si nous n'avons pas été trop loin, mais la question reste débattable.

Le président: Je vais maintenant donner la parole à M. Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. J'aurais une toute petite question à poser mais avant d'y arriver, je tiens à faire une ou deux observations, également très rapides, à titre personnel.

Je voudrais souhaiter la bienvenue au ministre et lui dire à quel point certains d'entre nous ont été agréablement impressionnés par son exposé. Mais je dois ajouter que plus important encore est le fait qu'il ait demandé à être entendu par le comité tout comme d'ailleurs une demi-douzaine de ses homologues des autres provinces.

Cette constatation est importante à deux égards. En premier lieu, il est peu courant qu'un comité du Parlement fédéral entende un ministre provincial. Je l'ai toujours regretté d'ailleurs et j'espère que cette tendance qui a maintenant été amorcée va se poursuivre, parce que j'ai le sentiment que nous allons devoir coopérer de plus en plus avec les autres paliers de gouvernement. Les relations entre gouvernement et gouvernement n'ont pas toujours été faciles mais il est certain que nous pourrions peut-être en partie oublier nos problèmes en lançant la coopération entre le Parlement et les gouvernements. Je vous souhaite donc la bienvenue et je vous félicite d'avoir pris l'initiative de comparaître devant nous, tout comme je félicite ceux de vos homologues qui ont fait de même.

Le second élément important, monsieur le président, est le fait qu'il est évident que le projet de loi dont nous sommes saisis est un casse-tête pour les provinces et il est tout à fait

[Text]

important that we have the opportunity as federal legislators to listen to the concerns you and your counterparts are going to have on this particular Bill.

I have one simple question, and it is not asked entirely facetiously. I want just to read one of your sentences and discuss one word. It is on page 7 and it is in the third paragraph. I will read the sentence and then I will pick out the word.

As knowledge and technology continue to improve, governments face the necessity of rationalizing the availability of such specialized services.

Would the Minister be willing and would it significantly change the intent of what he is trying to say if I substituted a little simpler word than the word "rationalizing" and put the word "rationing" in there?

While he thinks a minute, obviously the word "rationalization" of services has become such a commonplace word now and has a lot of different meanings to different people. I appreciate that, but the simpler word "rationing" has a very specific meaning, and I am wondering, if he would not want to replace it entirely, if part of what he is trying to say is that maybe he is going to be faced with rationing of these specialized services that are coming available in the future unless something is done about it.

Mr. Gallagher: Yes, there is a difference as I am interpreting. I am concerned that we avoid rationing. We are nowhere near the area yet, as some provinces. In New Brunswick we have one doctor per 800 people. Some provinces are below 500. We are getting doctors coming to New Brunswick now in considerable numbers, and with each doctor who comes in the cost rises, and our portion of the cost rises although it is a shared program. Unless we figure out a better way of financing, this extra cost may lead to the term that you use, which we hope we can avoid.

Another problem, while I am on this, since it seems to be one that is of concern to us in New Brunswick, is location of doctors in the area. Some areas are deficient in certain specialties, although for GPs we are doing pretty well. But as we tackle this program, rather than government's getting involved in identifying areas for doctors, I do hope it is worked out with the medical association—we have already brought to their attention what we might be headed for in the future—so that we sit with the New Brunswick Medical Society, face the problem and see what we can do about it together.

[Translation]

important, dirais-je, que nous, qui sommes les législateurs fédéraux, ayons le loisir d'entendre le point de vue des ministres provinciaux à cet égard.

J'aurais une toute petite question donc à vous poser et je ne vous la pose d'ailleurs pas tout à fait à la blague. Je voudrais vous relire une des phrases que vous avez utilisées et attirer votre attention sur un mot. Il s'agit de la page 7 de votre exposé, au troisième paragraphe. Je vais vous lire la phrase en question et puis je vous signalerai le mot qui m'intéresse.

Au fur et à mesure que progressent les connaissances et la technologie, les gouvernements font face à la nécessité d'organiser de façon cohérente les services spécialisés qui sont offerts.

Ne pourrait-on pas remplacer l'expression «organiser de façon cohérente» par un terme beaucoup plus simple, le terme «rationner», et est-ce que cela changerait beaucoup le fond du message que vous tentez de nous communiquer?

Réfléchissez-y quelques instants, mais il est certain que l'expression «organiser de façon cohérente» les services est désormais tellement rabâchée que tout le monde l'interprète à sa façon. Cela, je le comprends fort bien, mais le terme «rationner» est plus simple et a un sens bien précis. Si le ministre ne veut pas remplacer purement et simplement l'un par l'autre, peut-être voulait-il néanmoins essayer de nous dire qu'il est possible qu'il doive rationner ses services spécialisés qui vont être créés ultérieurement, à moins que quelque chose ne soit fait entre-temps.

M. Gallagher: Effectivement il y a une différence d'interprétation. Ce que je veux avant tout, c'est éviter le rationnement. Nous n'en sommes pas encore là heureusement, contrairement à d'autres provinces. Au Nouveau-Brunswick, il y a un médecin par 800 habitants. D'autres provinces ont un médecin pour 500 habitants ou moins. Nous constatons actuellement au Nouveau-Brunswick un afflux de médecins assez considérable et, chaque fois que nous avons un nouveau médecin, le système nous coûte plus cher et, même s'il s'agit d'un programme à frais partagés, notre part augmente en conséquence. À moins donc de pouvoir trouver une meilleure formule de financement, ce renchérissement du système pourrait fort bien déboucher sur l'expression que vous avez vous-même utilisée, le rationnement, chose que nous voulons éviter.

Dans le même ordre d'idées, un autre problème qui nous inquiète au Nouveau-Brunswick est la répartition géographique des médecins. Certaines régions manquent de spécialistes dans certaines disciplines, même si ce n'est pas le cas pour les omnipraticiens. Mais à mesure que nous essayons de pallier le problème, et au lieu que ce soit le gouvernement qui détermine quelles régions manquent de médecins, j'aurais espéré que nous puissions le faire en coopération avec le corps médical—nous avons d'ailleurs déjà porté à son attention le problème qui risque de se poser à nous à un moment donné—et je veux dire par là que nous rencontrons les gens de l'Association des médecins du Nouveau-Brunswick pour parler du problème et voir ce que nous pourrions faire de concert.

[Texte]

[Traduction]

• 1315

I think that is a pretty good philosophy which we will have to follow as we go into many areas of the problems facing us in the health care service. If we can get the co-operation not only of the professionals but of the different levels of government to work together on this, then I think we can face it with a fair bit of optimism. Otherwise, we are going to have a lot of problems.

The Chairman: One short question, Dr. Halliday.

Mr. Halliday: It is not a question; it is just a comment to say I think the Minister's response is very appropriate. It does behove Canadians, and indeed, particularly politicians of all parties, to take careful note of what the Minister has said with respect to the caveats he has if Canadians are going to enjoy the benefits of this specialization that is coming in the future.

The Chairman: Thank you, Dr. Halliday.

Mr. McCauley.

Mr. McCauley: Thank you; Mr. Chairman. I too would like to welcome the Minister, and since he has chosen to highlight the presense of Miss Morris, I would like to welcome her, too. I understand she is here more on the basis of her merits than her sex.

I note with interest, too, that Mr. Mallory had a pained expression on his face when Mr. Breau was asking questions. I just want to tell you Dr. Halliday would be quite willing to look after you. I do not think he extra-bills.

Mr. Breau: He does not charge at all. He is on salary now.

Mr. McCauley: Mr. Minister, I have some questions on the user fees, which you have gone into in some detail on page 5 of your submission. You make the statement that many New Brunswickers have voiced their support for the educational value of this small charge. I suppose that is just a gut reaction on your part. I should tell you that I did a poll—I would not claim it to be scientific at all—in my riding which indicated that 79.5% of the people in my riding are opposed to user fees, whether for educational value or whatever.

I have heard arguments advanced, I think from yourself, that user fees are designed to deal with abuse, particularly in the out-patient departments in the province. I note with interest that Dr. Vail, Chairman of the Board of Directors of The Canadian Medical Association, said this morning there is no evidence throughout the country that there is any kind of abuse at all. You just cannot prove it.

Je pense que cette philosophie est assez logique et que nous devrons y avoir recours à mesure que nous tenterons de résoudre tous les problèmes qui se posent à nous dans le domaine des services de santé. Si nous parvenons à nous assurer de la coopération non seulement des professionnels de la santé mais également des différents paliers de gouvernements afin d'y travailler ensemble, à ce moment-là je pense que nous aurons lieu d'être raisonnablement optimistes. Sinon, nous allons avoir énormément de problèmes.

Le président: Une toute petite question, monsieur Halliday.

M. Halliday: Ce n'est pas une question mais plutôt un commentaire dans la mesure où à mon avis, le ministre a parfaitement répondu. Il incombe aux Canadiens et notamment aux hommes politiques de tous les partis de faire bien attention à ce que vient de nous dire le ministre et à toutes les réserves qu'il nous a exprimées, si nous voulons que la population puisse profiter de tous les bienfaits de cette spécialisation qui s'annonce.

Le président: Je vous remercie, monsieur Halliday.

Monsieur McCauley.

M. McCauley: Merci, monsieur le président. A mon tour je tiens à souhaiter la bienvenue au ministre et, puisqu'il a mentionné lui-même la présence de M^{lle} Morris, j'aimerais également lui souhaiter la bienvenue. Je ne crois pas me tromper en affirmant que, si elle est présente, c'est pour ses qualités intrinsèques plutôt que parce qu'elle est du sexe féminin.

J'ai également remarqué non sans intérêt l'air chagriné de M. Mallory lorsque M. Breau a posé ses questions. Je voudrais vous signaler que M. Halliday serait tout prêt à s'occuper de vous, et je ne pense pas qu'il pratique la surfacturation.

M. Breau: En réalité, comme il est salarié, il ne perçoit aucun honoraire.

M. McCauley: Monsieur le ministre, j'aurais quelques questions à vous poser à propos des frais modérateurs dont vous avez assez longuement parlé à la page 5 de votre exposé. Vous dites que nombreux sont les habitants du Nouveau-Brunswick qui ont souscrit à la notion de la valeur éducative des frais modérateurs perçus à une échelle modeste. J'imagine que c'est de votre part une réaction viscérale. Je dois vous affirmer que j'ai moi-même procédé à un sondage—et je ne prétends pas qu'il soit scientifique—dans ma circonscription, sondage qui m'a révélé que 79.5 p. 100 de mes électeurs étaient opposés aux frais modérateurs, que ces derniers aient ou non une valeur éducative.

Vous avez argué, je crois, du fait que les frais modérateurs serviraient à réduire les abus, surtout dans le domaine des soins en consultation externe dans votre province. J'ai également relevé non sans intérêt le fait que M. Vail, qui est président du conseil d'administration de l'Association médicale canadienne, nous a dit ce matin qu'à l'échelle nationale, rien ne prouvait qu'il y ait quelque abus que ce soit. Vous ne pouvez pas davantage le prouver vous-même.

[Text]

You have also indicated in support of user fees that there has been a decline in traffic of some 16%. Has anybody investigated whom that percentage represents? We know from studies in Saskatchewan, I believe, some years ago when user fees were in effect there, that it is true there was a decline in traffic among the poor and the elderly; but there was a corresponding increase with the middle class.

I would like to ask you this. You mentioned that in July 1983 you introduced user fees. This, of course, is the second time your government has done this. You dropped them at one point. If you think they are so good, why did you drop them the first time? Second, what have you done with the revenue you have garnered this time from user fees?

Mr. Gallagher: Mr. Chairman, there are several points there. First, on this word "abuse", I have been very careful. I have tried not to use that one, because it is true: Who are we to assess what is abuse? Yes, I have used "over-use" in that our out-patient traffic... You would have to go seven or eight years, but you would find it is up almost 300% to what it was.

Now, why is there so much out-patient use again? There are several theories on that. But the fact remained that our out-patient areas were crowded and—I would hate to use the term—abused. I have tried not to.

• 1320

However, as far as the elderly are concerned, there is no user fee for senior citizens. We have tried to stick to the policy that no one is turned away for want of the \$3 or \$6, with the maximum, as you know, of \$30 and \$60.

As an educational item, I think there is much more we can do in that area as far as hospitals are concerned. They could send out a statement as to what the stay has cost the taxpayer for being in the hospital. Whether or not that would be of benefit, I think some hospitals are trying it to see whether they can carry on this educational program.

I should give people credit. Of those people using outpatient services, 90% do pay; so the rate of pay is pretty good.

Your final point...

Mr. McCauley: I asked you what the...

Mr. Gallagher: The revenue—okay.

[Translation]

Vous avez également dit à la défense des frais modérateurs que le nombre des consultations externes avait diminué de 16 p. 100. J'aimerais savoir si quelqu'un s'est demandé quelle composante de la population au juste représentait ce pourcentage. Certaines études effectuées en Saskatchewan il y a quelques années de cela, à l'époque où les frais modérateurs y étaient en usage, ont révélé qu'effectivement il y avait eu une diminution du nombre de demandes de consultation externe de la part des pauvres et des personnes âgées, mais que toutefois il y avait eu une augmentation correspondante du nombre de consultations externes chez la classe moyenne.

Voici ma question: vous avez dit que vous avez commencé à avoir recours aux frais modérateurs en juillet 1983 et j'ajoute que c'était la seconde fois que vous y aviez recours, car vous aviez abandonné cette formule à un moment donné. Si vous pensez vraiment que cette formule est tellement bonne, pourquoi l'avoir abandonnée la première fois? Deuxièmement, qu'avez-vous fait cette fois-ci de l'argent que vous avez ainsi perçu sous couvert des frais modérateurs?

M. Gallagher: Monsieur le président, cette question comporte plusieurs volets. En premier lieu, en parlant d'"abus", j'ai été extrêmement prudent et j'ai essayé de ne pas me servir de cet argument parce, c'est vrai, qui sommes-nous donc pour pouvoir définir ce qu'est effectivement un abus. Oui, j'ai parlé de surutilisation de nos services de consultation externe... Il faut, je crois, remonter sept ou huit ans en arrière pour se rendre compte qu'effectivement, il y a eu une augmentation de près de 300 p. 100.

Cela étant dit, pourquoi cette recrudescence des consultations externes? Plusieurs théories peuvent être avancées à cet égard. Il n'en reste pas moins vrai que nos salles d'urgence étaient bondées et, je répugne à utiliser le terme, qu'il y a eu des abus. Quoi qu'il en soit, j'ai essayé de n'en pas parler.

En revanche, pour les personnes âgées, je dois vous dire que nous ne leur imposons pas de frais modérateurs. Nous avons essayé d'adopter pour politique que ces frais modérateurs de \$3 ou de \$6, qui plafonnent comme vous le savez à \$30 et \$60, n'aient pas pour effet de dissuader quiconque de se faire soigner.

Pour ce qui est de la valeur éducative, je pense que nous pouvons encore faire à ce sujet bien des choses dans le contexte hospitalier. On pourrait par exemple publier ce qu'il en coûte au contribuable de passer une journée à l'hôpital. Je ne sais pas si cela pourrait être utile, mais je crois que certains hôpitaux essaient de voir de quelle façon ils pourraient mettre en place un programme de sensibilisation de ce genre.

Je me dois de rendre justice à la population car, de tous ceux qui utilisent les services de consultation externe, 90 p. 100 paient effectivement, ce qui est un excellent pourcentage.

Pour en venir maintenant à votre dernier argument...

M. McCauley: Je vous avais demandé...

M. Gallagher: Les recettes, d'accord.

[Texte]

The revenue from the out-patient user fee appears to be approaching perhaps \$4 million. What are we going to do with that? Well, I tell you, for \$4 million in the health care system you cannot come up with a very big program. But I suppose something has to be done with that money. Hopefully we can use it for the advancement of the health care system in either the hospital program or new programs. Lord knows, there is enough place for it.

Mr. McCauley: The point is in effect \$4 million does not amount to very much; which begs the question, why do it?

On page 2 of your brief, Mr. Minister, you made the point that federal financial inputs have had a positive impact, but they have also had a negative impact, in that their major emphasis is on the most costly services. It is true—and I think you made a slip of the tongue when you were talking about the extramural hospital system in New Brunswick, which is an excellent system—that this was done with provincial funds. I am sure you did not mean to say that, because you know, as we all know, that the federal government contributes extensively to that through the extended care subsidization to the province, which in 1982-83 amounted to \$29.4 million.

Dr. Baltzan, the Past-President of the Canadian Medical Association, made the point this morning that there are no data to prove that such initiatives as an extramural hospital system are less costly. I take it you would disagree strongly with that, because as you pointed out, the cost savings are tremendous.

Mr. Gallagher: Agreed. We have data. Our first entrance into the extramural field was two and a half years ago. When I first saw the figures I questioned them myself, in that this could be done for \$30 per day, including administrative costs. But I am assured that is the figure for the particular area, and as we expand and volume increases, rather than going up, it should be done for less.

I might say this has not resulted yet in vacant beds in hospitals. The reason it was started in that one area was the waiting list to that hospital was so long that if something was not done we would be faced with making additions to that facility. So extramural was tried. We still have no vacant beds in that hospital. We still have beds not in the corridors now. In the reports I receive from the area, it is being very well accepted, and we think we have a good one at much less dollars. We have those figures. We would be most happy to supply them.

[Traduction]

Nous avons, semble-t-il, tiré à peu près \$4 millions peut-être des frais modérateurs. Qu'allons-nous en faire? Écoutez, 4 millions de dollars par rapport à l'ensemble du système médico-hospitalier ne permettent pas vraiment de faire grand-chose. J'imagine toutefois que cet argent doit nous permettre de faire quelque chose. Peut-être pourrions-nous l'utiliser pour étoffer notre système en créant de nouveaux programmes par exemple ou en améliorant le programme de soins hospitaliers. Dieu sait que les possibilités ne manquent pas.

M. McCauley: Effectivement, 4 millions de dollars ne représentent pas grand-chose, d'où très naturellement ma question, pourquoi?

A la page 2 de votre mémoire, monsieur le ministre, vous dites que la participation financière du fédéral a eu une incidence positive, mais également une incidence négative, en ce sens qu'elle est surtout axée sur les services les plus coûteux. C'est exact—et je crois que vous avez commis un lapsus lorsque vous avez parlé du système hospitalier extra-muros au Nouveau-Brunswick, lequel est au demeurant excellent—cela était rendu possible grâce à un financement provincial. Je suis certain que ce n'est pas cela du tout que vous vouliez dire car vous le savez, comme nous tous d'ailleurs, le gouvernement fédéral finance ce genre de choses sur une grande échelle en accordant à la province des subventions pour les soins complémentaires, totalisant en 1982-1983 quelque 29,4 millions de dollars.

Le Dr Baltzan, qui était président de l'Association médicale canadienne, nous a signalé ce matin qu'aucun élément concret ne nous permet de prouver que des initiatives comme le système hospitalier extra-muros soient moins coûteuses. J'imagine que vous n'êtes pas du tout d'accord avec cette affirmation car, comme vous l'avez dit, cette formule permet de réaliser des économies appréciables.

M. Gallagher: En effet. Nous avons des données. Nous nous sommes pour la première fois lancés dans le domaine des services hospitaliers extra-muros il y a deux ans et demi. Lorsque j'ai vu les premiers chiffres, j'en suis resté pantois, je ne parvenais pas à imaginer qu'on pouvait y arriver pour \$30 par jour, frais administratifs compris. Mais on m'a garanti que c'était effectivement le cas et, à mesure que nous prenons de l'expansion et que le programme prend de l'envergure, nous devrions encore être capables de faire baisser ce chiffre.

Je dois vous dire que cela n'a pas encore eu pour résultat de multiplier le nombre de lits vides dans les hôpitaux. Nous avons commencé dans une région bien précise parce que l'hôpital local avait une liste d'attente tellement longue que, sauf intervention, nous n'aurions pas eu d'autre recours que de construire de nouveaux bâtiments. Nous avons donc fait l'expérience de services hospitaliers extra-muros, mais l'hôpital en question n'en a pas encore pour autant de lits non occupés. Nous ne sommes plus obligés d'entasser les malades dans les couloirs et, selon les rapports que je reçois, l'initiative aurait été très bien accueillie et je pense que nous nous en sommes fort bien tirés à moindres frais. Nous avons effectivement ces chiffres et il nous ferait très plaisir de vous les communiquer.

[Text]

[Translation]

• 1325

Mr. McCauley: Perhaps you should supply them to the Canadian Medical Association.

The Chairman: I will go to Dr. Hudecki now for five minutes.

Mr. Hudecki: Yes. I am a bit concerned about the statement on page 7, which says that you have difficulty in attracting and retaining medical specialists. I think, certainly, the quality of medicine and surgery that you have in any community requires a good balance of doctors and a good balance of general practitioners and various specialists. Could you give me some reasons why you are having that difficulty? I think it should be recorded for the sake of the medical profession and for the quality of care across Canada.

Mr. Gallagher: In New Brunswick . . . here we can brag a bit more, Mr. Breau—we are officially a bilingual province. Our shortage is more acute in the French language specialists. I think there is a general shortage there. We are improving the situation and we are attracting more specialists but also we are finding in the medical profession a general inclination for doctors to congregate in clusters. There could be various reasons for that. When they congregate it is usually in the larger centers. As I say, we consider this a problem that may have to be faced. It has already been brought up with the New Brunswick Medical Society to see what can be done to keep the distribution of doctors a bit more general than it seems to be at the present time.

Mr. Hudecki: The other point you indicate is that you are bringing in 200 to 250 foreign medical graduates each year—or Canada brings that number in. I do not think that is entirely correct. I wonder what the source of your information is. Foreign-trained doctors have great difficulty settling in Canada, and as far as I know, practically none of them have been accepted in Canada for some time. I may be wrong on that.

Mr. Gallagher: No, doctor, I do not believe that was in my brief. I did not go into the nationality.

The Chairman: I think that was in one of the CMA's answers or in their briefs, Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: Oh, I see. I am sorry.

On the issue of extramural medical systems, you are indicating that it is experimental. Have you had it evaluated as far as quality of service is concerned? Particularly, are they dealing with primary care or are they following up care that has been initiated by a doctor or hospital?

Mr. Gallagher: Yes, it has been under very close scrutiny. Any patient who is in extramural is there with doctors'

M. McCauley: Peut-être pourriez-vous les transmettre également à l'Association médicale canadienne.

Le président: Je vais maintenant accorder cinq minutes à M. Hudecki.

M. Hudecki: Merci. Lorsque vous dites à la page 7 de votre mémoire que vous avez du mal à faire venir et à retenir vos spécialistes, je ne peux pas m'empêcher d'être un peu inquiet. D'accord, il est certain que pour avoir de bons services médicaux et chirurgicaux où que ce soit, il faut une juste proportion de médecins, d'omnipraticiens et de spécialistes, mais j'aimerais savoir au juste pourquoi vous avez tant de difficulté. Je pense qu'il est important que nous le sachions, que le corps médical le sache, et il est également important de le savoir pour avoir une idée de la qualité des soins à l'échelle nationale.

M. Gallagher: Au Nouveau-Brunswick, nous pouvons certainement nous vanter encore un peu, monsieur Breau, nous sommes officiellement bilingues. Nous manquons davantage de spécialistes francophones et je dirais qu'à cet égard, la pénurie est généralisée. Nous faisons tout ce que nous pouvons pour améliorer la situation, nous faisons venir de plus en plus de spécialistes, mais nous nous rendons également compte que, dans les milieux médicaux, les médecins sont souvent portés à être grégaires, sans doute pour des raisons diverses. Les médecins sont souvent groupés dans les grands centres. Comme je l'ai déjà dit, c'est un problème que nous allons devoir sans doute résoudre. Nous en avons déjà parlé à l'Association des médecins du Nouveau-Brunswick à laquelle nous avions demandé ce que nous pouvions faire pour que la répartition géographique des médecins soit un peu plus uniforme que ce ne semblerait être le cas pour l'instant.

M. Hudecki: Vous avez également dit que vous faisiez venir chaque année de l'étranger entre 200 et 250 diplômés de facultés de médecine, à moins que ce ne soit le Canada. Je ne pense pas que ce soit tout à fait exact. D'où tirez-vous ce chiffre? Il est extrêmement difficile pour un médecin formé à l'étranger de venir s'établir au Canada et, que je sache, cela fait déjà quelque temps qu'aucun médecin étranger n'a réussi à le faire. Il se peut que je me trompe.

M. Gallagher: Excusez-moi, docteur, mais je ne pense pas en avoir parlé dans mon mémoire. Je ne pense pas avoir parlé de médecins étrangers.

Le président: Je pense, monsieur Hudecki, que c'est l'A.M.C. qui en a parlé dans son mémoire ou en réponse à l'une des questions.

M. Hudecki: Je m'excuse.

Pour en revenir à la formule des soins médicaux extra-muros, vous avez dit qu'il s'agissait d'un programme expérimental. Avez-vous étudié la qualité des services ainsi prodigués? J'aimerais également savoir s'il s'agit de soins primaires ou de soins complémentaires après que le malade a été hospitalisé ou vu par un médecin à l'hôpital.

M. Gallagher: Nous avons effectivement suivi de très près la réalisation du programme. Les malades bénéficiant de services

[Texte]

supervision, and doctors admit them to that system in much the same way as they would to a hospital institution under doctor's care.

Mr. Hudecki: It is not a primary care. It is not where the initial care is given by the nurse but is really under the supervision of the medical profession.

Mr. Gallagher: Yes. There is hospital-level care.

Mr. Hudecki: When you have an experimental technique like that, are there not extra funds that you could draw on from research sources, or federal and national centers that would be supportive of a technique like that? It should be evaluated as well.

Mr. Gallagher: We evidently explored that avenue and were not successful. Again, you had better be optimistic in this business. There is a good bit of attention now being focused on our extramural. We hate to refer to it as an experiment. I suppose in a sense it was. We think it is there to stay. We hope we can expand through more of the province as funds become available. We have not given up the hope that we can get some extra inclusion as to the finances of the extramural project.

• 1330

The Chairman: One more question, doctor.

Mr. Hudecki: Are they any different from what we have met—the Victorian Order of Nurses, the St. Elizabeth nurses, or groups that are currently operating in various parts of Canada? I am just wondering if there is some sort of a point of difference.

Mr. Gallagher: When extramural was brought in, it was viewed with a good bit of concern by Red Cross, Victorian Order of Nurses, public health, that this was going to infringe on their territory. But that has been very much cleared away now. They realize that people who are in the extramural program would otherwise be in hospital. They can still do their preventative care or their home care as they wish. The extramural is a hospital without the building; the home is the building. That has now pretty much dissolved the concern from the other nursing organizations regarding extramural being an infringement.

The Chairman: I have two people on second round. I will come back to you again, doctor, if you want, but I have Dr. Halliday and Mr. Breau.

Perhaps you could limit it to one question because of the time. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Just one question—it is more of a comment. I am provoked to comment this way because of Mr. McCauley's two observations: one, that the percentage of people in his riding who do not like user fees was some 70-odd. But he failed to tell us that was of those who responded. Obviously it was not, as he said, a scientific poll, but he should have said "of those who responded".

[Traduction]

extra-muros restent sous la surveillance du médecin, et c'est le médecin qui envoie le malade aux services extra-muros un peu comme il signerait son bon d'entrée dans un hôpital.

M. Hudecki: Il ne s'agit donc pas de soins primaires. Ce n'est pas comme si les premiers soins étaient dispensés par une infirmière sous la surveillance d'un médecin.

M. Gallagher: Effectivement, les soins sont dispensés en milieu hospitalier.

M. Hudecki: Lorsque vous implantez une formule expérimentale comme celle-là, ne pouvez-vous pas obtenir un financement supplémentaire au titre par exemple de la recherche ou en vous adressant à des centres fédéraux ou nationaux qui seraient prêts à financer l'expérience? Cela également, il faudrait l'envisager.

M. Gallagher: Nous avons en effet étudié cette possibilité mais sans succès. Là aussi, il faut être optimiste dans ce domaine. Notre formule extra-muros intéresse d'ores et déjà beaucoup de monde et nous répugnons un peu à la qualifier d'expérimentale même si, dans une certaine mesure, j'imagine qu'elle l'a été au début. Nous pensons que c'est quelque chose de permanent. Nous espérons l'instaurer dans d'autres parties de la province dès que des crédits deviendront disponibles. Nous n'avons pas encore renoncé à l'espoir d'un financement supplémentaire pour ce projet.

Le président: Une dernière question, monsieur.

M. Hudecki: S'agit-il de quelque chose de différent des organismes que nous avons déjà entendus comme l'Ordre d'infirmières de Victoria, les Infirmières de Ste-Elisabeth et d'autres associations qui fonctionnent dans différentes régions du pays? Y a-t-il une distinction particulière.

M. Gallagher: L'introduction de ce service a créé des appréhensions chez les gens de la Croix Rouge, l'Ordre d'infirmières de Victoria, et le personnel des cliniques qui craignaient un certain empiètement. Mais toutes ces craintes ont été dissipées maintenant. Ils se rendent compte que sans ce service externe, les gens seraient à l'hôpital. Cela n'empêche pas les organismes que j'ai mentionnés de s'occuper de la prévention et des soins domiciliaires. Le service externe offre des services comme à l'hôpital mais à la maison. Les appréhensions du début se sont dissipées.

Le président: J'ai deux noms inscrits pour le deuxième tour. Vous pourrez avoir un autre tour si vous le voulez, docteur, mais avant il y a les noms de M. Halliday et M. Breau.

Vous pourriez peut-être vous limiter à une seule question étant donné l'heure. Monsieur Halliday.

M. Halliday: J'ai seulement une question qui serait plutôt un commentaire. Tout d'abord, en réponse aux observations de M. McCauley selon lequel il y avait quelque 70 p. 100 des personnes dans sa circonscription qui étaient contre les frais modérateurs. Le député a oublié de mentionner que c'était parmi les personnes qui ont répondu. Ce n'était évidemment

[Text]

My second observation relating to Mr. McCauley's testimony is a question about Mr. Gallagher's statement that \$4 million would probably be saved. Mr. McCauley said that begs the question of why bother with it. That, by the way, is about 0.6% of the New Brunswick budget for health care. Testimony from the CMA today, in which they talked about extra-billing, showed that the total amount of extra-billing compared to the total cost of health per person across the country was less than \$3.00 as compared to \$1,200; that represents something around 0.25%. So it is convenient to ignore small figures sometimes if it is in your interest, but sometimes you like to emphasize the importance of them when it favours you.

The Chairman: Thank you.

Mr. Breau.

Mr. Breau: I have just two questions. Do you want me to put them at the same time?

The Chairman: It depends on how long they are, Mr. Breau.

Mr. Breau: My questions are always brief.

The Chairman: Not always, Mr. Breau.

Mr. Breau: Do I have the floor, Mr. Chairman?

The Chairman: I give it to you; you have the floor.

Mr. Breau: On this question of user fees, is it not true, Mr. Gallagher, that it will cost you close to what you are collecting—in the first year, at least—to set up the system to collect user fees?

Mr. Gallagher: No.

Mr. Breau: Well, how much will it cost you to set that up?

Mr. Gallagher: Our costs are approximately 10% to 15% of what the hospitals are taking in.

Mr. Breau: I read some reports in which some hospitals have said publicly that it is costing them as much to set it up as the revenue that came in.

Mr. Gallagher: No, I think where the confusion came is that the hospitals are allowed 15% for administering this fee. They say they cannot do it for the 15%, so that is the reference.

Mr. Breau: So the 16% reduction of those people who were going, you say one of the things you want to encourage is for them to go see their doctor instead of going to the hospital. Could that not turn out to be more expensive? Could that not turn out to be poor management of physician manpower supply—to have people go see a doctor when maybe they could have been an outpatient of a hospital?

Mr. Gallagher: No, I am not too concerned over that one, Mr. Chairman. I think it is a pretty well recognized fact that if you have your doctor and go see your doctor, he is familiar

[Translation]

pas un sondage scientifique mais il aurait dû préciser que c'était parmi ceux qui ont répondu.

M. McCauley a aussi dit en réponse à une affirmation de M. Gallagher au sujet d'une économie probable de 4 millions de dollars que la nécessité d'une telle mesure n'était pas évidente. Je vous précise que cela représente environ 0,6 p. 100 du budget de la santé du Nouveau-Brunswick. D'après des témoignages de l'A.M.C., le montant total représenté par la surfacturation par rapport au coût total des soins de santé par habitant au Canada était moins de 3\$ par rapport à 1200\$, donc quelque chose comme 0,25 p. 100. On voit qu'il est parfois utile de passer sous silence des chiffres modestes si cela ne sert pas sa cause, mais qu'on fait la démarche contraire en cas de besoin.

Le président: Merci.

Monsieur Breau.

M. Breau: J'ai seulement deux questions. Voulez-vous que je les pose en même temps?

Le président: Cela dépend de leur longueur, monsieur Breau.

M. Breau: Mes questions sont toujours brèves.

Le président: Pas toujours, monsieur.

M. Breau: Ai-je la parole, monsieur le président?

Le président: Je vous l'ai donnée, à vous de vous en servir.

M. Breau: Au sujet des frais modérateurs, n'est-ce pas exact, monsieur Gallagher, que le coût d'établir un système de perception des frais modérateurs sera presque l'équivalent de ce que vous aurez en recettes, pour la première année, du moins?

M. Gallagher: Non.

M. Breau: Alors quel sera le coût de ce système?

M. Gallagher: Nos coûts représentent approximativement 10 à 15 p. 100 des recettes des hôpitaux.

M. Breau: J'ai lu certains rapports où l'on disait que certains hôpitaux ont reconnu publiquement que le système de perception leur coûte autant que les recettes qu'ils reçoivent.

M. Gallagher: Non, je crois que la confusion est attribuable au fait que les hôpitaux ont droit à 15 p. 100 dans le cas de ces frais. Ils prétendent qu'ils ne peuvent pas s'occuper des formalités moyennant 15 p. 100.

M. Breau: Quant à la réduction du taux de fréquence de 16 p. 100, vous dites que vous voulez encourager les gens à consulter leurs médecins au lieu d'aller d'abord à l'hôpital. Est-ce que cela ne pourrait coûter plus cher en fin de compte? Est-ce que cela ne pourrait pas être une mauvaise utilisation des ressources que représentent les médecins, c'est-à-dire le fait d'encourager les gens à consulter les médecins quand ils pourraient aussi bien se rendre aux services de consultation externe d'un hôpital ou à un dispensaire?

M. Gallagher: Cela ne m'inquiète pas beaucoup, monsieur le président. Je crois qu'on reconnaît facilement que votre médecin connaît mieux votre situation et devrait être mieux en

[Texte]

with your case and should be able to give better care than if you go to out-patients and just take whoever is there. I think you get more consistency in the care and better care if you are attached to your family doctor and use that route.

• 1335

Mr. Breau: It seems to me that everyone who has been concerned about economics in the health sector that I have read about wants to reduce the utilization of physicians as much as possible because it is more expensive to have physicians look after a patient when somebody else could do it at less cost. The Ontario government has made a study that shows that every doctor costs about \$500,000 a year in costs.

The Chairman: That is your final question, Mr. Breau.

Mr. Gallagher: If you go to outpatients you see a doctor, too.

Mr. Breau: Not all the time.

The Chairman: All right.

I will go to Mr. Schroder for a final question. Mr. Schroder.

Mr. Schroder: Thank you very much.

Mr. Minister, I am very pleased to have this opportunity to meet you and listen to you today.

My question has partially been answered by Mr. Breau, but what are the morbidity and child mortality rates and other indicators of health status in New Brunswick? Are they very much different from the total picture in Canada or are they very much different from other provinces?

Mr. Breau: The Acadians live longer.

Mr. Gallagher: Really, I am not that familiar. There might be certain areas in which we vary, but in no area we are aware of is there a marked difference at all.

Mr. Schroder: I am asking the question because there seems to be a suggestion that, in spite of the fact that we need the advancement of technology to look after the crisis situations, we seem to be concentrating more on crisis medicine, which many experts say we can no longer afford, as opposed to prevention and promotion.

I suppose I could be facetious, but if you had suggested to me, as Mr. Breau has often said, that the health of New Brunswick is much better than anywhere else in the country and it has to do with local situations of climate and various other things and you only have one . . .

Mr. Breau: Lobster, oysters.

Mr. Schroder: —doctor to every 800 patients and the average across the rest of the country is about one to a little over 500, you could draw a conclusion that it is better off to be in New Brunswick where you do not have too many doctors to cause you to be sick.

Mr. Hudecki: Or they do not have good statistics.

Mr. Schroder: Anyway . . .

[Traduction]

mesure de vous donner de bons soins que la personne qui se trouve être de service à la consultation externe. Je crois qu'on obtient une meilleure qualité de soins et davantage d'uniformité en optant pour un médecin de famille.

M. Breau: D'après ce que j'ai lu, j'ai l'impression que tous ceux qui s'inquiètent de l'aspect financier des soins de santé veulent réduire autant que possible le recours au médecin, puisque cela coûte plus cher que de confier la responsabilité de certains soins à d'autres. Une étude du gouvernement de l'Ontario démontre que chaque médecin représente quelque chose comme \$500,000 par année en coûts.

Le président: Votre dernière question, monsieur Breau.

M. Gallagher: Si vous allez dans une clinique ou un dispensaire, vous consultez un médecin aussi.

M. Breau: Pas toujours.

Le président: C'est bien.

Je vais donner à M. Schroder le temps d'une dernière question.

M. Schroder: Merci.

Monsieur le ministre, je suis heureux d'avoir cette occasion de vous entendre aujourd'hui.

M. Breau a déjà donné une partie de la réponse à ma question, mais j'aimerais savoir quels sont les taux de morbidité et de mortalité, et d'autres indicateurs de la santé, au Nouveau-Brunswick. Sont-ils très différents de la situation ailleurs au Canada ou dans d'autres provinces?

M. Breau: Les Acadiens vivent plus longtemps.

M. Gallagher: Je ne sais quoi vous dire au juste. Il y a peut-être certains domaines où on constate des différences, mais à notre connaissance, il n'y a aucun écart prononcé.

M. Schroder: Je vous pose la question, car on semble laisser entendre aujourd'hui que même si les avances de la technologie nous permettent de mieux répondre à des situations de crise, nous accordons trop d'importance à la médecine en situation de crise. D'après de nombreux experts, nous n'avons plus les moyens de continuer ainsi, au lieu de mettre l'accent sur la prévention et la promotion.

Si vous me disiez, comme M. Breau le prétend toujours, que les habitants du Nouveau-Brunswick sont en bien meilleure santé que n'importe où ailleurs au pays, étant donné certains facteurs locaux comme le climat et . . .

M. Breau: Les homards, les huîtres.

M. Schroder: . . . le fait d'avoir un médecin pour 800 patients par rapport à la moyenne nationale de un par rapport à 500, on pourrait tirer la conclusion qu'il est préférable d'être au Nouveau-Brunswick, parce qu'il y a moins de médecins pour vous rendre malade.

M. Hudecki: Ou bien ils n'ont pas de bonnes statistiques.

M. Schroder: Quoi qu'il en soit . . .

[Text]

The Chairman: Your final question, Mr. Schroder, please.

Mr. Schroder: On the rationalization of your health care system, I would be interested to know what sort of structure you have to do this. In Ontario, with which I am familiar, we have advisory committees to the Minister of Health such as district health councils which try to help in the rationalization of the system and to advise the Minister on what the needs are.

Mr. Gallagher: Well, there is a Minister's advisory committee. Also, this matter of advisory council is under discussion now, I believe. We have a government reform committee in operation and I believe this is one area they are looking at as well.

But I would like to say that I think we are a hardy breed in New Brunswick. That is why we can get by with one doctor per 800.

I would like to say, too, that there is an interesting figure that I am told exists about one province in Canada where the doctors went on strike for a certain length of time and what happened to the mortality rate while they were on strike, but I sure would not want to quote that one here.

The Chairman: Mr. Minister, on behalf of the committee I would like to thank you very much not only for coming but also for waiting a bit before you got on. We appreciate your testimony very much. Thank you, sir.

The meeting is adjourned.

[Translation]

Le président: Votre dernière question, monsieur Schroder.

M. Schroder: Je voudrais savoir quel genre de structure vous avez en place pour la rationalisation de votre réseau de soins de santé. Dans le système ontarien que je connais, nous avons des comités consultatifs locaux qui essaient d'aider à la rationalisation et de conseiller le ministre concernant les besoins.

M. Gallagher: Eh bien, il y a le comité consultatif du ministre. Je crois que ce comité consultatif fait l'objet de discussions. Nous avons un comité de réforme qui se penche justement sur cette question, entre autres, je crois.

Mais je tiens à dire que nous avons une population robuste au Nouveau-Brunswick. C'est pour cette raison qu'un médecin par 800 habitants peut nous suffire.

On me dit aussi qu'il y a un chiffre intéressant sur la mortalité dans une province canadienne pendant la période où les médecins ont fait la grève, mais je ne suis pas sûr que vous aimeriez avoir ce renseignement ici.

Le président: Monsieur le ministre, j'aimerais vous remercier, au nom du Comité, d'avoir comparu et d'avoir attendu votre tour. Nous vous sommes reconnaissants de votre témoignage. Nous vous remercions, monsieur.

La séance est levée.

AFTERNOON SITTING

• 1536

The Chairman: I call this Standing Committee of the House of Commons on Health, Welfare and Social Affairs to order. We continue the study of Bill C-3, the Canada Health Act, and we are very pleased to have with us this afternoon a delegation from the Canadian Health Coalition. I understand that Richard Haughian, the Director of the Executive Committee, is the chairman of the group this afternoon.

Mr. Haughian, perhaps you could first of all introduce the rest of your delegation. We have your brief, and we would be pleased if you would give us a short summary and then allow us an opening for some questioning.

Mr. Haughian.

Mr. Richard Haughian (Executive Board Member, Canadian Health Coalition): Thank you, Mr. Chairman.

In introducing the members of our delegation, I would like to begin with the members on my right. On the far right is Dr. Susan Stock. She is a Director of the Executive Committee for the Canadian Health Coalition. On Susan's immediate left is Mary Hegan, Director of the Executive Committee, Canadian Health Coalition. On my immediate right is Nancy Kotani, the Chairperson of the Friends of Medicare, from Alberta. On my far left is Ian Johnson, the Chairperson of the Nova Scotia Health Coalition. On Ian's right is Michèle Harding, the Executive Director of the Ontario Health Coalition. On my

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

Le président: J'ouvre cette séance du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Nous reprenons notre étude du projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé, et nous sommes très heureux d'accueillir cet après-midi une délégation de la Coalition canadienne de la santé. Je crois que M. Richard Haughian, directeur du comité exécutif, est le principal représentant du groupe qui comparaît cet après-midi.

Monsieur Haughian, pourriez-vous d'abord nous présenter les membres de votre délégation? Nous avons déjà reçu votre mémoire, et vous pourriez peut-être nous le résumer avant que nous passions à la période des questions.

Monsieur Haughian

M. Richard Haughian (membre de l'exécutif, Coalition canadienne de la santé): Merci, monsieur le président.

Je vais commencer par ceux qui sont assis à ma droite. À l'extrême droite, le Dr Susan Stock, directrice du comité exécutif de la Coalition canadienne de la santé. Assise à la gauche de Susan, Mary Hegan, directrice du comité exécutif de la Coalition canadienne de la santé. À ma droite, M^{me} Nancy Kotani, présidente de l'organisme *Friends of Medicare*, de l'Alberta. À mon extrême gauche, M. Ian Johnson, président de la Coalition de la santé de la Nouvelle-Écosse. Assise à sa droite, M^{me} Michèle Harding, directrice exécutive de la Coalition de la santé de l'Ontario. À ma gauche, M. Guy

[Texte]

immediate left is Guy Adam, Director of the Executive Committee of the Canadian Health Coalition.

Mr. Chairman, the Canadian Health Coalition welcomes this opportunity to address the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs.

On Bill C-3, the proposed Canada Health Act, it is both fitting and appropriate that the coalition make this presentation today. The existence of the coalition grew out of a concern by consumers, by the users of health care services throughout Canada, about the growing signs of erosion in Canada's national medical and hospital insurance programs. Delegates to the SOS Medicare Conference in 1979 sounded a warning that unless practices such as physician extra-billing and hospital user fees were eliminated, abuses would continue to grow and inevitably the principles of medicare would be undermined.

Since 1979 the Canadian Health Coalition has been actively involved in discussions about medicare and about improvements in Canada's health care delivery system. We have consistently spoken against violations of medicare. We have initiated public education about health care issues, co-ordinated the development of a national organization as a voice for consumers on health care matters, and made representation on these issues to provincial and federal levels of government. Today the Canadian Health Coalition includes a three-tiered membership of national organizations, provincial coalitions, and locally based coalitions established across the country. It goes without saying, therefore, that we speak to you today for Canadian citizens across this land about an issue with which we have been intimately involved for many years.

The coalition has submitted to the committee a written brief of recommendations for amendments to the proposed Canada Health Act. The CHC supports the Act principle, since we have strongly urged since our inception that legislative means should be taken to eliminate all violations of medicare, and especially physician extra-billing and hospital user fees.

• 1540

The Canada Health Act is a significant piece of health care legislation and necessary for the prevention of further erosion of our medicare system. Despite this general endorsement, the CHC must express its grave concern about serious inadequacies in Bill C-3. Specifically, I would like to speak briefly to four issues.

Number one: That the penalties for physician extra-billing and user fees should be stronger. Although the dollar-for-dollar penalty for hospital user fees might be sufficient to motivate provinces to eliminate this violation, we are convinced that it will not lead provinces to ban extra-billing. The penalty should be made strong enough so the gravity of the violation is emphasized, and so the violating provinces are clearly moti-

[Traduction]

Adam, directeur du comité exécutif de la Coalition canadienne de la santé.

Monsieur le président, la Coalition canadienne de la santé est heureuse d'avoir l'occasion de prendre la parole devant le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales.

Il est tout à fait approprié que la coalition présente son mémoire sur le projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé. La coalition doit son existence aux préoccupations des consommateurs, soit les usagers des services de santé dans tout le Canada, qui s'inquiétaient justement des indications de plus en plus fréquentes de l'érosion des programmes nationaux d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation. Les délégués à la Conférence *SOS Medicare*, en 1979, ont formulé une mise en garde en disant qu'à moins d'éliminer la surfacturation et les frais modérateurs, certains continueraient d'abuser du système et que l'on finirait inévitablement par détruire les principes mêmes de l'assurance-santé.

Depuis 1979, la Coalition canadienne de la santé participe activement à des discussions sur l'assurance-santé et les améliorations qui pourraient être apportées au système canadien. À maintes reprises, nous avons critiqué les violations du système d'assurance-santé. Nous avons renseigné le public au sujet des questions d'assurance-santé, nous avons coordonné la création d'un organisme national qui pourrait représenter les consommateurs dans ce domaine et nous avons essayé d'exercer des pressions sur les gouvernements provinciaux et fédéral sur ces mêmes questions. Aujourd'hui, la Coalition canadienne de la santé comprend trois paliers d'organismes nationaux, de coalitions provinciales et de coalitions locales, d'un bout à l'autre du pays. Il va sans dire que nous parlons donc au nom de citoyens canadiens sur une question qui nous tient à cœur depuis bien des années.

La coalition a fait parvenir au Comité un mémoire écrit comportant des projets d'amendement à la Loi canadienne sur la santé. La CCS appuie le projet de loi en général, surtout que nous encourageons, depuis notre création, que l'on procède à l'élimination de tout abus du système d'assurance-santé, surtout de la surfacturation et des frais modérateurs, et ce, par voie législative.

La Loi canadienne sur la santé est une mesure législative importante pour le domaine de la santé au Canada; elle est également une mesure nécessaire pour freiner l'érosion actuelle de notre système médico-hospitalier. Toutefois, même si elle y souscrit d'une façon générale, la coalition se doit d'exprimer sa profonde inquiétude, étant donné les graves lacunes du projet de loi C-3. À ce titre, j'aimerais évoquer rapidement quatre problèmes.

En premier lieu: les sanctions en cas de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs devraient être plus sévères. Même si l'imposition aux provinces de sanctions pécuniaires équivalentes au total des frais modérateurs perçus pourrait suffire à encourager ces dernières à renoncer à cette infraction, nous restons persuadés qu'elles ne les pousseront pas pour autant à éliminer la surfacturation. Les sanctions devraient

[Text]

vated to eliminate the abuse. Our position is not taken out of a punitive mentality. We are not out to get the provinces. Instead, our purpose is to eliminate these abuses, and we want a penalty that will encourage the provinces to act accordingly.

Secondly, the coalition supports the act in its intention of expanding universality to include 100% of residents in a province as insured persons. However, we do find the wording of this section, Section 9, to be ambiguous. It specifies that a province must entitle 100% of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan. It should more clearly state that the payment of health premiums cannot be a precondition to insured services.

With respect to the penalty for violations of universality, the act gives the Cabinet only discretionary powers to impose a financial penalty. Given the importance of this principle, and given the fact that the lack of health insurance coverage is a more serious problem for a patient than other principles included under discretionary powers, the CHC recommends that penalties for violations of universality become non-discretionary. When a violation of universality occurs, the Minister of Health and Welfare should be required to report to Parliament the fact of the violation and the penalty that has been levied.

Number three: The coalition is pleased that the preamble of the act supports the concept of promotion and protection of physical and mental health. However, the definition of health places undue focus on disease, and the intent of the preamble is not carried out in subsequent clauses of this act. Specifically, preventive services and mental health care are not insured under the act, as the act specifies physicians as the sole point of entry to the health care system.

The CHC recommends that insured services should include services which promote, conserve and restore health, prevent illness, injury and disability, and promote supportive care when health is deteriorating. In addition, the range of authorized providers for insured services should be expanded to include nurses and other health care professionals.

A social health care system, as proposed by the CHC, recognizes that health policy, social policy, and economic policy, are intimately connected. It also recognizes that it is the poor and working poor who bear a disproportionate share of health care costs, caused by unemployment and insecurity, and that the incidence of morbidity and mortality are related to social class and low level of income. Because of these facts,

[Translation]

être suffisamment sévères pour bien mettre en exergue la gravité de l'infraction, de sorte que la province qui s'en serait rendue coupable soit effectivement encouragée à éliminer cet abus. Notre attitude ne procède pas d'une mentalité «castigatrice». Nous ne voulons pas courir sus aux provinces. Nous voulons au contraire que ces abus soient éliminés et nous voulons que les sanctions encouragent les provinces à agir en conséquence.

En second lieu, la coalition souscrit au texte de la loi, qui répond à un souci d'étoffer l'universalité, de sorte que tous les résidents d'une province sans exception soient assurés. En revanche, nous estimons que le libellé de l'article en question, l'article 9, reste ambigu, car il prescrit qu'une province doit garantir à tous les résidents assurés les services assurés prévus par le régime. La loi devrait être plus précise et spécifier que le versement des primes d'assurance médico-hospitalière ne saurait être une condition préalable à l'obtention des services assurés.

Pour ce qui est des sanctions punissant les infractions au caractère d'universalité, la loi ne donne au Cabinet que le pouvoir discrétionnaire d'imposer des sanctions financières. Vu l'importance du principe en jeu et vu également que l'absence de garanties de services assurés est beaucoup plus grave pour un malade que tous les autres principes relevant des pouvoirs discrétionnaires, la coalition recommande que les peines imposées en cas de manquement au principe d'universalité perdent leur caractère discrétionnaire. Lorsque le principe de l'universalité est enfreint, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social devrait être tenu d'en faire part au Parlement et de lui signaler les sanctions qui ont été imposées.

Troisièmement, la coalition est heureuse de constater que le projet de loi, par son préambule, souscrit à la notion de la promotion et de la protection de la santé physique et de l'hygiène mentale. En revanche, la définition de la santé est indûment axée sur la maladie, et la profession de foi du préambule n'est pas concrétisée dans le corps de la loi. En particulier, la médecine préventive et les soins d'hygiène mentale ne sont pas assurés aux termes de la loi, laquelle précise en outre que la santé publique est exclusivement et du premier chef du ressort du corps médical.

La coalition recommande que les services assurés comprennent également tous les services susceptibles d'assurer le maintien, la protection et le rétablissement de la santé, de prévenir la maladie, les accidents et les lésions invalidantes et d'encourager les soins complémentaires dans tous les cas où la santé est menacée. En outre, la gamme des corps habilités à dispenser les services assurés devrait être élargie, de manière à comprendre les infirmiers et infirmières, ainsi que tous les autres corps professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé.

Tout régime d'assurance médico-hospitalière à vocation sociale, comme celui qui est proposé par la coalition, se doit de reconnaître que la politique en matière de santé, la politique sociale et la politique économique sont toutes trois intimement liées. Il doit également reconnaître le fait que ce sont les pauvres et les pauvres salariés qui assument une proportion indue du coût des soins médico-hospitaliers, en raison du

[Texte]

a social health care system for Canada should include the following changes in our present health care system: an orientation to health rather than to illness, emphasizing preventive health and health promotion; a continuum of comprehensive health care services, from home care, ambulatory care, community care, to specialized hospital care; a wide range of health workers, whose services are insured; and finally, an emphasis on occupational health and safety.

• 1545

Mr. Chairman, the CHC is disappointed that the Canada Health Act does not recognize the need for these changes in any way in our health care system.

Fourthly, individual Canadians who use the health care services and who are most affected by the quality, quantity and distribution of its services should have a more prominent role recognized in the proposed Act. We recommend that the Act, or regulations pursuant to the Act, should clearly specify a mechanism by which consumer groups can petition the Minister of Health and Welfare about violations to the Act, with the requirement that these violations be investigated.

Lastly, Mr. Chairman, we encourage this committee to get on with its work. We are glad of this opportunity to present our views to you and we hope that you will finish this part of your sessions by February 23. We strongly encourage the committee to proceed with an early passage of this legislation. At the same time, since we understand that the provincial medical associations are being allowed to present... to you next week, as a group, for a three-hour period, we request that this also be allowed to the provincial coalitions. It is important that violations be eliminated now by this Bill, so that we, as a nation, can begin to address other pressing matters that relate to the improvement of our health care system.

We thank you for this opportunity to address you. We are open to any questions you might have, either with reference to my remarks or with reference to our brief. I end by just encouraging you to have your sessions end by February 23 and this Bill passed this spring. Thank you very much.

The Chairman: Thank you, Mr. Haughian.

You will be pleased, at least in part, to know that our committee decided this morning to end this part of the hearings—the witnesses—on February 23, and go on to clause-by-clause study the week after our short break.

Mr. Haughian: Thank you, Mr. Chairman.

[Traduction]

chômage et de l'insécurité, et que l'incidence de la morbidité et de la mortalité est directement fonction de la classe sociale et du niveau de revenu. Par conséquent, un régime canadien d'assurance médico-hospitalière à vocation sociale devrait être assorti des éléments supplémentaires suivants: il devrait être davantage axé sur la santé que sur la maladie, il devrait davantage insister sur la médecine préventive et sur la protection de la santé, il devrait comprendre une gamme aussi vaste et aussi complète que possible de services de santé, depuis les soins à domicile, les soins ambulatoires et les soins communautaires jusqu'aux soins spécialisés en établissements hospitaliers, il devrait comporter toute la gamme des professions spécialisées dans le domaine de la santé dont les services seraient assurés et, enfin, il devrait conférer davantage d'importance à la sécurité et à l'hygiène au travail.

Monsieur le président, la Coalition canadienne de la santé est très déçue que la Loi canadienne sur la santé ne reconnaisse pas le besoin de tous ces changements à apporter à notre système de soins de santé.

Quatrièmement, le projet de loi devrait aussi reconnaître un rôle plus important au citoyen canadien qui utilise les services de soins de santé, qui, en fait, est le plus affecté par la qualité, la quantité et la prestation de ces services. Nous recommandons donc que la loi, ou les règlements y afférents, prévoient un mécanisme particulier selon lequel les groupes de consommateurs puissent faire des pétitions auprès du ministre de la Santé et du Bien-être concernant toute infraction à la loi, y compris le pouvoir d'exiger que l'on fasse enquête sur toute infraction.

Enfin, monsieur le président, nous encourageons le Comité à continuer son travail. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de présenter notre point de vue, et nous espérons que vous pourrez terminer cette partie de vos audiences au plus tard le 23 février. Nous encourageons fortement le Comité à faire adopter cette loi le plus tôt possible. Toutefois, étant donné que l'on a accordé aux associations médicales provinciales la possibilité de faire un exposé en groupe d'une durée de trois heures, nous demandons qu'on accorde le même privilège aux coalitions provinciales. Il nous semble essentiel d'assurer, par la voie de ce projet de loi, l'élimination de toute infraction, afin que la nation puisse s'attaquer à d'autres questions urgentes concernant l'amélioration de notre système de soins de santé.

Nous vous remercions donc de nous avoir donné l'occasion de témoigner. Nous sommes prêts à répondre à toute question, que ce soit au sujet de mes remarques, ou au sujet de notre mémoire. Je termine donc en vous encourageant de nouveau à bien terminer vos audiences avant le 23 février, pour pouvoir adopter ce bill ce printemps. Merci beaucoup.

Le président: Merci, monsieur Haughian.

Vous serez heureux d'apprendre que le Comité a décidé justement ce matin de terminer ses audiences publiques dès le 23 février, et de commencer l'étude article par article du projet de loi la semaine suivant notre bref congé.

M. Haughian: Merci beaucoup, monsieur le président.

[Text]

The Chairman: I regret to say, though, I think because of that particular fact we will not be able to give your provincial groups more than the hour and a half that we have already decided upon.

Mr. Haughian: Excuse me, Mr. Chairman. Could my colleague, Mr. Adam, address a few words to you in French?

The Chairman: That is perfectly fine.

M. Guy Adam (membre du bureau, Coalition canadienne de la santé): Monsieur le président, madame, messieurs, nous nous excusons de ne pas vous présenter de traduction du document. M. Haughian ne vous a pas dit tout à l'heure que j'étais président du comité de direction depuis une semaine seulement. Le budget de la Coalition canadienne de la santé est très limité, comme vous le savez sans doute, mais lors de la dernière réunion du comité de direction, nous avons quand même décidé qu'à l'avenir, les documents sur la santé de la Coalition seraient bilingues.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Adam.

Mr. Epp.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I must say, to the witness, that I am a little surprised, first of all, about the point you made about February 23. I do not think you are going to find any major piece of legislation that has gone through the House more quickly than this one has on second reading. That is point (a).

(B), I do not think you are going to find any legislation, with this kind of scope, where we have had the numbers of witnesses requesting to appear before this committee that we have accommodated, and that goes for all members of this committee. I think, with all respect, the comments you have made are not in keeping either with the work of the committee or the attitude of those on the committee.

• 1550

Having said that, Mr. Chairman, I want to ask you if you would like to see a number of insured services included under the shared-cost arrangement between the provinces and the federal government. That is a laudable goal, and one that I think a lot of us share.

I would like to ask you, on your discussions with the provinces, what consensus have you been able to reach in terms of prioritization—if you have been able to do that. In view of the financial reality—the budget that the Minister brought down yesterday of a \$31.5 billion deficit—what services would you prioritize as to first being covered under the umbrella of insured services?

Mr. Haughian: Mr. Epp, I think I will ask one of the representatives from the provinces to speak to that. I will ask Nancy...

Mr. Allmand: On a point of order.

The Chairman: On a point of order, Mr. Allmand, please.

[Translation]

Le président: Toutefois, à cause de cela, nous ne pourrions pas accorder aux groupes provinciaux de votre coalition une plus longue audience que celle que nous avons déjà prévue.

M. Haughian: Pardon, monsieur le président. Mon collègue, M. Adam, pourrait-il vous adresser quelques mots en français?

Le président: Certainement.

Mr. Guy Adam (Member of the Executive Board, Canadian Health Coalition): Mr. Chairman, lady and gentlemen, we wish to apologize for not providing a translation of this document. Mr. Haughian did not mention earlier that I have been chairman of the executive committee for only this past week. As you no doubt realize, our budget is quite limited, but at the last meeting of the executive committee, it was decided that in future, all documents of the coalition will be produced in both official languages.

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Adam.

Monsieur Epp.

M. Epp: Merci, monsieur le président. Monsieur Haughian, je suis plutôt surpris; d'abord, je ne vois pas le besoin de nous encourager à terminer nos audiences le 23 février. Je doute que vous ayez jamais vu un projet de loi aussi important que celui-ci être adopté aussi rapidement en seconde lecture. Voilà mon premier point.

Deuxièmement, je ne crois pas que lors de l'étude d'un projet de loi d'une si grande portée, vous ayez jamais vu des audiences pour un aussi grand nombre de témoins, que ce Comité a reçus à la demande de ses membres. Sauf votre respect, je ne crois pas que vos commentaires étaient nécessaires pour ce qui est de l'effort de ce Comité et de l'attitude de ces députés.

Cela dit, monsieur le président, je voudrais demander au témoin s'il préconise en fait l'addition de certains services assurés aux termes des ententes de partage des coûts entre les provinces et le gouvernement fédéral. C'est un objectif très louable; d'ailleurs, beaucoup d'entre nous le partagent avec vous.

Dans vos discussions avec les provinces, avez-vous pu atteindre un certain consensus au sujet des priorités à établir, s'il y a lieu? Devant les réalités financières—hier, le ministre des Finances déposait un budget accusant un déficit de 31.5 milliards de dollars—quels services sont prioritaires dans l'ensemble des services assurés?

M. Haughian: Monsieur Epp, je vais demander à un des représentants des provinces de répondre. Je demanderai à Nancy...

M. Allmand: J'invoque le Règlement, monsieur le président.

Le président: Monsieur Allmand, un rappel au Règlement.

[Texte]

Mr. Allmand: I simply wondered if they could be identified. I see the coalition represents a lot of groups. When they are speaking, if they could be introduced and we could be told where they are from and what organization they represent, it would be helpful.

The Chairman: Mr. Allmand, they were. That was done before you got here.

Mr. Allmand: I apologize.

The Chairman: But perhaps, because some people were not here just quite on time—and we have had very heavy sittings, so no one should apologize for that, I do not think—but perhaps as you speak for the first time again this afternoon, each person might introduce himself or herself again.

Ms Nancy Kotani (Member, Alberta Health Coalition): My name is Nancy Kotani, and I am chairperson of the Alberta Society for the Friends of Medicare):

An Hon. Member: Hear, hear!

Ms Kotani: I feel like a stranger in a foreign land sometimes.

I think a priority that could be established would be in the area of mental health. It has been referred to, as Rick mentioned in the preamble. We are concerned that it does not come up again throughout the Bill. Mental health services would be, I believe, one of the priority items.

Mr. Epp: When we look at the question of insured services, obviously we run into the constitutional argument—and I know the Minister ran into that problem, both within the department and the Department of Justice—as to how far the Bill could go without negotiation with the provinces and agreement with the provinces.

Let us just take another aspect of an insured service, or a possible insured service. What reception have you been receiving from the provinces to include that under insured services?

Ms Michèle Harding (Member, Ontario Health Coalition): I am Michèle Harding. I am the executive director of the Ontario Health Coalition.

Our experience with the priority of mental health for inclusion under the Canada Health Act has been very positive. It was our understanding that there was widespread support for such inclusion. In fact, we were very, very disappointed that the Act did not include it, that once again, despite the recognition of the integration of one's physical and mental health as part of one's well-being and as part of health, such services are still excluded. It was our understanding that there was no objection to the inclusion of mental health services.

I will not pretend that there is widespread agreement perhaps on the other priorities. Certainly from other provincial perspectives other priorities would run to home care and to the chronic-care services that are not yet comprehensively available across Canada—in fact, not even across Ontario.

[Traduction]

M. Allmand: Pourrait-on présenter les représentants? La coalition représente un grand nombre de groupes. Lorsqu'ils parlent, pourraient-ils se présenter, et pourrait-on nous dire d'où ils viennent, et quelle organisation ils représentent?

Le président: Monsieur Allmand, c'est déjà fait. Les présentations ont eu lieu avant que vous n'arriviez.

M. Allmand: Excusez-moi, donc.

Le président: Toutefois, pour ceux qui n'étaient pas là au début, nous avons eu de longues audiences, personne n'a à s'en excuser, je crois, peut-être serait-il bon, lorsque vous parlez pour la première fois cet après-midi, que vous vous présentiez de nouveau.

Mme Nancy Kotani (membre, Coalition de la santé de l'Alberta): Je m'appelle Nancy Kotani, je suis présidente de la Société des amis de l'assurance-santé de l'Alberta.

Une voix: Bravo, bravo!

Mme Kotani: Des fois, je me sens tout à fait dans un pays étranger.

S'il y a une priorité, c'est sans doute dans le domaine de la santé mentale. Rick, d'ailleurs, l'a mentionné dans son préambule. Nous sommes un peu inquiets du fait qu'on ne le mentionne pas de nouveau partout dans le projet de loi. À mon sens, les services de santé mentale seraient certainement prioritaires.

M. Epp: Bien sûr, dans toute cette question des services assurés, survient toujours la question de la constitution—et je sais pertinemment que le ministre a eu cette difficulté, aussi bien dans son ministère qu'avec le ministère de la Justice—et du pouvoir qu'on pourrait accorder au projet de loi, sans négociations et ententes avec les provinces.

Regardons un autre aspect des services assurés, ou de services qu'on pourrait possiblement assurer. Quelle réception avez-vous reçue des provinces quand vous avez parlé d'inclure la santé mentale dans les services assurés?

Mme Michèle Harding (membre, Coalition de la santé de l'Ontario): Je suis Michèle Harding. Je suis directeur exécutif de la Coalition de la santé de l'Ontario.

Nous avons reçu une réaction très positive au sujet de l'inclusion de la santé mentale comme priorité aux termes de la Loi canadienne sur la santé. À notre connaissance, cette mesure est fortement appuyée partout. En fait, nous sommes très déçus qu'elle ne fasse pas partie de la loi, et que, de nouveau, malgré l'acceptation générale du fait que l'aspect mental, aussi bien que physique, fait partie intégrale du bien-être personnel, et que l'aspect mental fait partie du domaine de la santé, on ait exclu ces services. Nous pensions qu'il n'y avait aucune opposition à l'inclusion des services de santé mentale.

Bien sûr, je ne peux prétendre qu'il y a un accord général, peut-être, sur toutes les autres priorités. Dans l'optique des provinces, les autres priorités couvrent toute la gamme, les soins à domicile, et les soins pour maladies chroniques, qui ne sont pas encore disponibles partout au Canada—en fait, même pas partout en Ontario.

[Text]

Mr. Epp: When you look at the inclusion of these services, obviously it would not be 100% cost, because in some cases the service is given at 100% cost to the province. Obviously I would think you would not want to see an expansion of those services, and that putting it under insured services would allow for that expansion or that greater comprehensiveness. Have you a dollar figure at all on those proposals you made today?

Ms Harding: No.

Mr. Epp: So the coalition basically sees itself in its role as advocating these kinds of changes. You do not, I guess, have the resources to get any extrapolations of figures of what we are really looking at.

Ms Harding: I do not think we have the resources to do the necessary calculations you are requesting. Certainly we can assist in the production of those calculations, and certainly we would be more than prepared to do that. However, that is something that has to be the responsibility of our government with the resources we put there for that purpose.

• 1555

Mr. Ian Johnson (Chairperson, Nova Scotia Health Coalition): Mr. Chairman, in Nova Scotia we have had, as you might know, a provincial committee of the legislature, a select committee on health, looking at the whole range of the adequacy of services and facilities in the province. And I think it is fair to say that in our case, as the other people have said, mental health services, home care and extended health services have been the kinds of issues that have been raised. In our case it maybe somewhat premature to project, on our part at least, the cost of those services. As I understand, there is a process going on to try to narrow down and look at how some of these new areas of service could be implemented in the province.

Our role in that was to try to put forward the priorities and to encourage the government to take action in those areas in conjunction, where possible, with the federal government. But for us, I think, to suggest figures would be a little premature. But what we did try to do is point out—that is an important role for consumers that may not be recognized... areas of need and how we can play a role in operating those services. How those services are delivered will certainly affect the kinds of costs that you are looking at.

Mr. Epp: If I could then get to the question of the so-called withholding of moneys. The spokesman mentioned that health premiums not be a condition of service and you would like to see a wording change in that. Have you had any discussions with the provinces that have premiums with regard to your proposals? What has been the reaction?

Mr. Haughian: Yes, we have. I think Michèle can speak for one of those provinces.

Ms Harding: I do not think you will be surprised to hear that Ontario likes its premium system. I was told that it is an old tax, it is understood, so why change it.

[Translation]

M. Epp: Bien sûr, si on devait inclure ces services, on ne s'attendrait pas à couvrir 100 p. 100 des coûts, car, dans certains cas, le service est payé à 100 p. 100 par la province. Je ne crois pas que vous préconisiez une expansion de ces services, quoique les inclure comme services assurés permettrait justement cette expansion, ou une plus grande portée. Avez-vous fait des calculs à l'égard des coûts des propositions que vous avez faites aujourd'hui?

Mme Harding: Non.

M. Epp: Donc, la coalition, au fond, doit se limiter à simplement préconiser ce genre de changements. Vous n'avez pas les ressources nécessaires vous permettant de faire les projections des coûts possibles.

Mme Harding: Non, je ne crois pas que nous ayons les ressources voulues pour entreprendre les calculs nécessaires que vous demandez. Nous sommes bien sûr tout à fait disposés à vous aider à faire ces calculs. Cependant, c'est à notre gouvernement de trouver les ressources nécessaires pour les faire.

M. Ian Johnson (président de la Nova Scotia Health Coalition): Monsieur le président, nous avons, en Nouvelle-Écosse, un comité spécial provincial sur la santé qui étudie justement le caractère adéquat des services et des établissements existant dans la province. Il y a bien sûr été question des services de santé mentale, des soins à domicile et des services médicaux complémentaires. Dans notre cas, il serait peut-être prématuré de faire des prévisions quant au coût de ces services. Je sais qu'un processus est en cours, pour essayer de voir comment ces nouveaux types de services pourraient être organisés dans la province.

Dans le cadre de ce processus, nous avons essayé de recommander certaines priorités et d'encourager le gouvernement à les adopter, en collaboration, lorsque cela est possible, avec le gouvernement fédéral. Toutefois, il serait un peu prématuré, de notre part, de vous donner des chiffres à ce sujet. Par contre, nous avons essayé, au nom des consommateurs, dont on néglige parfois le rôle, de déterminer les domaines prioritaires et de définir quel rôle nous pouvons jouer dans la prestation de ces services. En effet, le coût des services dépendra certainement du type de prestation choisi.

M. Epp: Permettez-moi maintenant d'aborder la question des retenues pécuniaires. Votre porte-parole a dit tout à l'heure que les primes imposées pour des soins médicaux ne devraient pas être une condition d'admissibilité au service en question, et que vous vouliez que le libellé de cette disposition soit modifié. Avez-vous soumis vos propositions aux provinces qui imposent actuellement des primes dans ce domaine? Quelle a été leur réaction?

M. Haughian: Oui, nous l'avons fait, et Michèle va vous parler de la réaction de l'une de ces provinces.

Mme Harding: Vous ne serez pas surpris d'apprendre que l'Ontario tient à son système de primes. Le gouvernement de cette province m'a répondu qu'il s'agissait d'une taxe ancienne,

[Texte]

Without a doubt, the provinces that use premiums as their mechanism to raise their share of health revenues are obviously going to be a little resistant. And we are also very well aware of the fact that the federal government has no authority to dictate how provinces raise moneys. However, I think it is a crucial aspect of our medicare legislation. It certainly reflects the intents and purposes of the people of Canada when they originally voted in medicare. Certainly now, this is what I hear as I go around the province and as I speak to my membership and to other groups, that universality is a key component and that people view premiums as a particularly regressive tax that is a barrier to many people seeking services. We think that there are other ways and better ways to raise that share of the revenues.

For example, we would look to using the income tax system which, although we do not view as perfect, we view as certainly more progressive and more desirable than a premium system.

I think it is within the federal government's responsibility to say that we are insuring Canadians not just provincial residents, and that we should not be adding additional criteria to establish entitlement. We are very, very concerned, and I certainly would say this is a major concern in Ontario, that we not just state that the provinces must entitle 100%. We are aware that it is possible to interpret that statement to mean that we will entitle 100% of the people to become insured as opposed to insuring 100% of the people. And we would like to stress that the principle is guarded best by the insuring of 100% of residents.

Ms Kotani: I think a good example of that, Mr. Chairman, is what happened in Alberta on October 1, when people who had not prepaid their premiums were no longer eligible for coverage under Alberta Health Care. On October 1, approximately 200,000 Albertans were without health care. It is still in process four months later—people are catching up. Part of that problem was a mixup of computers. m14;4;7 But many of the people who were affected by that change in policy were low-income people, who by the nature of their insecurity of income were transients—people who moved from place to place within the inner city. Any new card that was issued to them, even though they were eligible for premium assistance or premium subsidy, never found them. Those are the people who will always fall between the gaps in the premium system. That became quite apparent to people in Alberta over the month of October.

• 1600

The Chairman: Your last question.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

36133—4

[Traduction]

qui était bien comprise, et que, par conséquent, il n'y avait aucune raison de la changer.

Il est donc évident que les provinces qui ont recours à des primes pour alléger leur contribution au financement des services de santé vont être un peu plus réticentes. Nous savons également parfaitement que le gouvernement fédéral n'a nullement le pouvoir d'imposer aux provinces certaines méthodes de perception plutôt que d'autres. Cependant, c'est, à mon avis, un élément crucial de toute notre législation en matière de soins médicaux. Cela reflète en effet l'objectif que le peuple canadien s'est fixé lorsqu'il a adopté les lois régissant la prestation des soins médicaux. En tout cas, c'est ce qu'on me dit au cours de mes déplacements dans la province, lorsque je m'adresse à un groupe ou à un autre, à savoir que l'universalité est l'élément clef de tout le système et que, par conséquent, les primes sont une taxe particulièrement régressive, qui dissuade certaines personnes d'avoir recours à ces services. À notre avis, les provinces devraient avoir recours à d'autres moyens pour augmenter leur contribution au financement des soins médicaux.

Par exemple, on pourrait se servir du système d'impôt sur le revenu qui, même s'il n'est pas parfait, est certainement plus progressiste et plus souhaitable que le système des primes.

C'est au gouvernement fédéral qu'il incombe d'assurer tous les Canadiens, et pas simplement les résidents des provinces, lesquelles ne devraient pas imposer des critères supplémentaires à l'accès à ces services. Ce qui nous inquiète tout particulièrement, et pas seulement en Ontario, c'est que le gouvernement fédéral n'affirme pas publiquement que les provinces doivent offrir un taux d'accessibilité de 100 p. 100. Certes, d'aucuns peuvent interpréter cette expression comme signifiant qu'on va permettre à 100 p. 100 des gens de s'assurer, plutôt que d'assurer 100 p. 100 des gens. À notre avis, et nous insistons là-dessus, on respecte mieux ce principe fondamental en assurant 100 p. 100 des résidents.

Mme Kotani: Monsieur le président, permettez-moi d'intervenir pour vous donner un exemple qui illustre parfaitement ce genre de situation. En Alberta, ceux qui n'avaient pas payé à l'avance leurs primes, au 1^{er} octobre dernier, n'étaient plus couverts par la Alberta Health Care. Ainsi, le 1^{er} octobre, environ 200,000 Albertains n'avaient plus accès aux soins médicaux. Quatre mois plus tard, le problème n'est toujours pas complètement résolu... Ce problème avait été en partie provoqué par des erreurs d'ordinateur. Malheureusement, la majorité de ceux qui ont été touchés par ce changement de politique étaient des gagne-petit, dont l'insécurité des revenus les obligeait à déménager souvent, de sorte que la nouvelle carte qui avait pu leur être envoyée ne leur est jamais parvenue. Ce genre de personnes constituent toujours une catégorie souvent négligée avec le système des primes, et c'est ce qui s'est passé en Alberta, en octobre dernier.

Le président: Ce sera votre dernière question.

M. Epp: Merci, monsieur le président.

[Text]

When I take a look at them, obviously the situation in which we find ourselves in terms of what falls within provincial jurisdiction and the raising of revenues of course is a provincial jurisdiction, and beware of any federal politician that would step into that bear trap.

Ms Harding: We would not encourage it, so that is fine.

Mr. Epp: So you are not encouraging it; I appreciate your sensitivity to that issue. There have been discussions around this table, though, that the penalties are not severe enough. In other words, in Ontario there are \$50 million of extra-billing, so Ontario might use the argument—and I am obviously not speaking for Ontario in any way—that it is well worth the price to buy peace. In Alberta it is roughly \$14 million that might well be the price. In Nova Scotia, I think in all respects we have a different situation. While the figures are very low, only \$1.4 million, Nova Scotia had a system of 85% to fee.

I think in trying to be fair about this thing, it gets very complicated from your perspective, as people who say that 100% of citizens should be insured, 100% of the services available. I am wondering first of all whether you have looked at whether the hold-back is sufficient. If it is not, what solution from your perspective do you have to meet obviously what the intent of the Bill is, which is that people will not have any reduced accessibility to service?

Mr. Johnson: Mr. Chairman, to speak in terms of Nova Scotia, the Minister there has said that he intends to introduce complying legislation. However, at this point we do not know—and of course it may be too early to say—what actually that will contain. We certainly support his intention, although we understand it is primarily under duress, at least as he has expressed it. We are not very happy with that.

In terms of extra-billing, it is important to look at the impact on different groups. All the experience we have seen—not only across the country, but increasingly in our province—is that it is affecting people, particularly on low or fixed incomes, in terms of their access to services.

You asked about what kind of suggestions we have as an alternative. I think we have tried to propose, as our chairman just outlined, some steps to be taken in that way, in terms of a warning period, a public review process—again, we want to stress with you the importance of consumer participation in this review process—and then, within a year or so, that action be taken by the federal government, during which time probably consultation will take place.

Mr. Epp: Excuse me for interrupting. I think I have the gist, and I am sorry for interrupting. I take it then that the level of penalty would be satisfactory if there were a second step of review whereby you could participate. Is that the thrust of your argument?

Ms Harding: I think we have to recognize that provinces have a differential ability to perhaps ignore the current penalty. I think a number of other organizations have suggested some alternatives, which we are certainly willing to look at. There are suggestions, for example, that the amount that is

[Translation]

Il est évident qu'il faut faire bien attention à ce qui constitue la compétence provinciale, et l'imposition de taxes ou d'impôts en fait partie; n'importe quel politicien fédéral doit bien se garder de s'aventurer sur ce terrain glissant.

Mme Harding: Ce n'est pas ce que nous vous encourageons de faire.

M. Epp: Très bien, je vous remercie de comprendre cette nuance. D'aucuns ont dit, dans ce Comité, que les amendes n'étaient pas assez sévères. En d'autres termes, si, en Ontario, la surfacturation s'élève à 50 millions de dollars, il se peut que cette province prétende—et c'est simplement une situation hypothétique—que l'amende vaut la peine d'être payée pour avoir la paix chez soi. En Alberta, la surfacturation s'élève, grosso modo, à 14 millions de dollars, et l'Alberta estimera peut-être que ça en vaut la peine. En Nouvelle-Écosse, j'estime que la situation est tout à fait différente. Dans cette province, la surfacturation ne représente que 1.4 million de dollars.

La situation devient donc très compliquée, d'aucuns estimant que 100 p. 100 des citoyens devraient être assurés, alors que, pour d'autres, 100 p. 100 des services devraient être assurés. J'aimerais tout d'abord savoir si vous estimez que la retenue est suffisante, sinon, si vous avez une solution à proposer afin d'atteindre l'objectif prévu par le projet de loi, à savoir que l'accès aux services médicaux ne s'en trouvera pas amoindri.

M. Johnson: Monsieur le président, en ce qui concerne la Nouvelle-Écosse, le ministre a déclaré qu'il avait l'intention de proposer un projet de loi conforme au projet de loi fédéral. Cependant, il est encore trop tôt pour savoir ce que contiendra ce projet de loi provincial. Nous l'appuyons dans son intention, même s'il l'a fait plus ou moins par obligation, comme il l'a laissé entendre. Cela ne nous a fait guère plaisir, d'ailleurs.

En ce qui concerne la surfacturation, son impact est différent d'un groupe à l'autre. D'après ce que nous avons pu constater, non seulement dans tout le pays, mais surtout dans notre province, la surfacturation réduit l'accessibilité aux services des gagne-petit et de ceux qui ont un revenu fixe.

Vous me demandez des suggestions, et je pense que notre président vous en a proposé plusieurs, notamment en ce qui concerne une période d'avertissement et un processus de consultation publique, et nous insistons sur l'importance de la participation du consommateur à ce processus. Ensuite, d'ici un an à peu près, le gouvernement fédéral pourrait prendre les mesures qui s'imposent.

M. Epp: Excusez-moi de vous interrompre, mais je crois comprendre l'essentiel de votre position. J'en conclus, donc, que le niveau de l'amende serait satisfaisant si l'on prévoyait une seconde étape de consultation à laquelle vous pourriez participer. C'est bien cela?

Mme Harding: Il faut bien comprendre que la capacité de payer une amende varie d'une province à l'autre. Plusieurs autres organismes ont suggéré certaines options, et nous sommes prêts à les envisager. Ainsi, certains ont proposé que le montant de la retenue ne se limite pas simplement à la somme

[Texte]

withheld be not just the amount associated with extra-billing, but the full value of the insured service. That would certainly increase the incentive to eliminate extra-billing and user fees. There are suggestions that in fact the penalty be incremental, that within a certain period of time you withhold 100%, perhaps, and in another period you withhold 150% or 200%, or whatever, or in fact that within a certain period of time there is a total cut-off.

• 1605

I think we have to look very carefully at the ability of the different provinces to ignore it. In Ontario, when Larry Grossman was the Minister of Health he went on record as saying that he would pay the \$50 million as a licence fee. I think we have to be aware that it is not just the financial process, but a political process, and to have the opportunity to apply the political process and people's political power, and we are a very powerful people when we act to defend our interests in this way, and to allow people to express very clearly to their elected representatives what their preferences are.

The Chairman: Thank you.

Mr. Haughian.

Mr. Haughian: Mr. Chairman, if I could just respond to one point that Mr. Epp brought up, my reference to the February 23 deadline. I apologize if the committee took it the wrong way.

Mr. Epp: I guess I did.

Mr. Haughian: That is why I apologize. I was not trying to indicate that we do not think the committee is doing its job. Just the contrary: I think we are . . .

Mrs. Killens: We are trying to support you.

Mr. Haughian: Thank you. We are very impressed with the hours the committee is putting in. I think it was more that I was aware that we were asking to have a session for our provincial coalitions.

Mr. Epp: I think that has been done. That has been arranged.

Mr. Haughian: I know. I am just explaining why I was . . . I was aware that I was asking for more time. At the same time I want to make it clear that we did not want to prolong your sessions longer than you wanted.

The Chairman: Mr. Blaikie.

Mr. Blaikie: Mr. Chairman, it is no secret that I have tended to be on the same wavelength as the Canadian Health Coalition over the last five years, really since the SOS Conference in the fall of 1979, so I will try and be a bit more difficult than I might otherwise have been expected to be.

By sanctioning the timetable of the committee and saying you want us to finish the hearings by the twenty-third and quick passage in the spring . . . on the other hand, you recommend, particularly in numbers 4 and 5 of your recom-

[Traduction]

correspondant à la surfacturation, mais qu'il comprenne également la valeur totale du service assuré. Cela encouragerait certainement davantage les provinces à interdire la surfacturation et les frais modérateurs. D'autres ont proposé des amendes croissantes, de sorte que, pendant un certain temps, vous retenez 100 p. 100, ensuite 150 p. 100, ou même 200 p. 100, et après un certain temps, on peut envisager le blocage complet des transferts.

Il faut bien tenir compte de la capacité de chaque province de faire fi de l'amende. En Ontario, alors qu'il était ministre de la Santé, Larry Grossman ne s'est pas caché pour dire qu'il serait prêt à payer une somme de 50 millions de dollars en échange de l'exercice du droit à la surfacturation. Il faut donc bien comprendre que cette mesure n'est pas seulement financière, mais qu'elle a des implications politiques, et par conséquent, il faut permettre au peuple d'exercer son pouvoir politique, ce qu'il est prêt à faire lorsqu'il s'agit de défendre ses intérêts, par l'intermédiaire de ses représentants élus.

Le président: Merci.

Monsieur Haughian.

M. Haughian: Monsieur le président, permettez-moi de répondre tout d'abord à la remarque qu'a faite M. Epp au sujet de notre réaction quant à la date limite du 23 février. Si les membres du Comité ont mal interprété mon intervention, je m'en excuse.

M. Epp: C'est ce que j'ai dû faire.

M. Haughian: Je m'en excuse. Je ne voulais certainement pas laisser entendre que, selon mon organisme, le Comité ne faisait pas son travail. C'est tout à fait le contraire, je pense que nous sommes . . .

Mme Killens: Nous essayons de vous aider.

M. Haughian: Merci. Nous sommes très impressionnés par tous les efforts que votre Comité consacre à cette question. Si j'ai fait cette remarque, c'était pour vous demander de rencontrer les représentants de nos organismes provinciaux.

M. Epp: Je pense que cela a été fait.

M. Haughian: Je sais. J'explique simplement pourquoi . . . Je sais bien que je vous demandais du temps supplémentaire . . . Cependant, comprenez bien que nous ne voulons pas vous faire prolonger vos séances au-delà du délai que vous avez fixé.

Le président: Monsieur Blaikie.

M. Blaikie: Monsieur le président, tout le monde sait que, depuis cinq ans, j'ai tendance à être sur la même longueur d'ondes que la *Canadian Health Coalition*, depuis surtout la conférence SOS de l'automne 1979. Je vais donc essayer de me faire un peu l'avocat du diable.

D'un côté vous sanctionnez l'échéancier fixé par notre Comité et vous nous demandez de terminer nos audiences d'ici au 23 février afin d'adopter rapidement ce projet de loi au printemps et, d'un autre côté, vous recommandez, plus particulièrement

[Text]

mentations... The recommendations having to do with penalties, defaulting and universality principles are things that could be accomplished by amendments to the Bill as it stands. As for recommendations that really go beyond that to changing the health care system as such, unless there was a sudden conversion on the part of the government, a sudden willingness to provide new money and really to open up the whole question, the only way that could be passed, never mind quickly passed, would be if one or the other or both of the opposition parties dug in their heels, and the thing would not get passed until the fall—if ever, because who knows when the election might come?

So the way things get changed substantially around here is not through quick passage. The way things get changed substantially around here is through endless, endless delay.

So there seems to be a bit of an irony in your recommendation: that on the one hand we go away beyond the scope of the Bill as it now stands but that on the other hand we pass it quickly.

Would I be correct in saying that you are really talking beyond the Canada Health Act in a way? You are doing what I think is appropriate in the context of the debate surrounding this Bill and saying what it does not do, what still needs to be done and what we have to get about doing the minute this Bill is passed. The medicare issue is not dead the minute this Bill is passed into law; indeed, it begins anew on all these other fronts.

I just wanted to make clear that in my view, as I say, unless there is a big conversion somewhere we cannot have quick passage and do all the things you would like us to do. But you stand by your quick passage recommendation...

Ms Harding: We were hoping that we could convert you.

Mr. Blaikie: I am converted. What we need to do is convert others...

Ms Harding: That was a royal "you" to all the MPs.

• 1610

Mr. Blaikie: So we can get the issue of extra billing and user fees firmed up, we could pass into law that national consensus against extra billing and user fees and get on with some of the other issues. Is that basically what you are saying?

Mr. Haughian: Yes. I think we are idealists and we believe in miracles. We feel that some of these issues have to be brought forward constantly. So even if the Canada Health Act does not achieve all of the things that we would like, we still think that the discussion around this act should be in a much

[Translation]

aux paragraphes 4 et 5 de vos recommandations en ce qui concerne les pénalités en cas de manquement et de violation du principe de l'universalité, que l'on procède par voie d'amendements au projet de loi actuel. En ce qui concerne les autres recommandations qui vont bien plus loin puisqu'elles consistent à modifier radicalement le système global, à moins qu'il n'y ait une conversion soudaine de la part du gouvernement et que celui-ci se montre tout d'un coup disposé à y consacrer des crédits supplémentaires, la seule façon d'appliquer ces recommandations, même si le bill est rapidement adopté, serait que l'un ou l'autre des partis de l'opposition décide de s'en faire l'ardent défenseur, et encore, ce ne serait pas adopté avant l'automne, à moins qu'une élection soit déclenchée d'ici là, qui sait?

Donc, si l'on veut adopter des changements radicaux, ici, ce n'est pas en adoptant rapidement un projet de loi. Au Parlement, la façon de procéder, c'est de faire traîner les choses en longueur.

Par conséquent, votre recommandation semble un peu ironique: D'un côté, vous voulez que nous allions plus loin que ce que prévoit le projet de loi dans sa forme actuelle, et d'un autre côté, vous voulez que nous l'adoptions rapidement.

D'une certaine façon, votre position ne va-t-elle pas au-delà de la loi canadienne sur la santé en soi? Vous avez raison, à mon avis, dans le cadre du débat qui entoure ce projet de loi, d'en relever les lacunes et de proposer des priorités à la tâche que nous devons entreprendre une fois que ce projet de loi aura été adopté. Il est évident que toute la question des soins médicaux ne sera pas réglée à partir du moment où ce projet de loi aura été adopté; en fait, la bataille s'engagera sur tous les autres fronts.

Je voudrais donc que vous compreniez bien qu'à mon avis, à moins que l'on assiste à un revirement spectaculaire, on ne peut pas à la fois adopter rapidement ce projet de loi et faire tout ce que vous nous demandez de faire. Vous maintenez certainement votre recommandation visant à une adoption rapide de ce projet de loi...

Mme Harding: Nous espérons pouvoir vous convertir, vous.

M. Blaikie: Je le suis déjà, il faut maintenant que nous convertissions les autres...

Mme Harding: Quand je disais: «vous», je voulais parler de tous les députés.

M. Blaikie: Vous nous demandez donc, en substance, de régler d'abord la question de la surfacturation et des frais modérateurs, d'en interdire légalement la pratique puisque c'est là le consensus national, et ensuite de passer aux autres questions. C'est bien cela?

M. Haughian: Oui. En fait, nous sommes sans doute des idéalistes et nous croyons aux miracles. Certaines de ces questions doivent constamment être remises sur le tapis. Ainsi, même si la Loi canadienne sur la santé ne permet pas de faire toutes les choses que nous préconisons, nous pensons quand même que le débat qui entoure ce projet de loi devrait se faire

[Texte]

broader context. That is why we will keep bringing these issues to you, looking for that conversion to take place.

Mr. Blaikie: In respect of the penalties, Mr. Chairman, given the kind of deadline that you recommend and which the committee is already on, time is short. We will be in clause-by-clause two weeks after next. There will be hearings next week. On March 6 we will begin clause-by-clause. At that point, anyone on this committee who wants to follow your recommendation that there be tougher penalties will have to move a specific kind of amendment to the penalties. So I am asking you: What kind of tougher penalties do you recommend?

Ms Harding: It is unfortunate to get one of the wealthier provinces to say this.

Certainly, I think we would recommend that consideration be given to withholding the full value of insured services, not just the additional amount that is extra-billed. I think that is something our coalitions and our membership could support.

We very, very strongly advocate that the withholding process, the decision-making process associated with withholding, involve a public review of any alleged default. We think that is quite crucial. We do not believe that it is appropriate for alleged default to be discussed by a polite exchange of letters between bureaucrats at the federal and provincial levels. Health care consumers are capable of input to that process and insist on our right and our responsibility to have input to that process. Those are two very specific things that we would recommend right away.

Mr. Blaikie: May I just have a clarification on that? You are saying the full value a doctor extra-bills a patient: the penalty should be calculated on a dollar-for-dollar basis, not only on the basis of the amount that is over and above what the plan pays, but on the amount that the plan pays as well. You are saying that should be added to the penalty for that particular service.

Ms Harding: We are suggesting that if the fee-scheduled amount for a procedure is \$10 and the extra-billing is \$3, that you deduct \$13, not \$3.

Mr. Blaikie: Just on the penalties again, do you have any concerns about the three-year period? Apart from sharing your concern about the penalties themselves—their adequacy in certain provinces, if those provinces decided to be stubborn about it—one of my concerns is the three-year period and the way in which it might put one province at a disadvantage to another. Particularly, some provinces might want to move quickly to act on extra-billing; a neighbouring province might not, etc. What is your evaluation of the three-year period?

Mr. Johnson: Mr. Chairman, we have some major concerns in that area as well. As you mention in your opening remarks, nationally we have existed for five years, and one of our major

[Traduction]

dans un contexte beaucoup plus vaste. C'est la raison pour laquelle nous remettons constamment toutes ces questions sur le tapis, en espérant que la conversion que nous attendons se produira.

M. Blaikie: En ce qui concerne les pénalités, monsieur le président, étant donné la date limite que vous recommandez et que le Comité s'est déjà fixée, il reste peu de temps. Dans trois semaines, nous allons commencer l'étude du projet de loi article par article, puisque les audiences doivent se terminer la semaine prochaine. Donc, le 6 mars, nous commençons l'étude du projet de loi article par article. À ce moment-là, les membres du Comité qui voudront, suite à vos démarches, recommander des pénalités plus sévères devront proposer un amendement bien précis. Je vous demande donc à quoi vous pensez précisément lorsque vous nous recommandez des pénalités plus sévères?

Mme Harding: Il est regrettable que ce soit la représentante d'une des provinces les mieux nanties qui soit obligée de dire cela.

Nous recommandons tout d'abord d'envisager une retenue correspondant à la valeur totale des services assurés, et pas simplement à celle de la surfacturation. Notre coalition et nos membres appuient, je crois, un tel concept.

Nous demandons avec insistance que toute décision concernant des retenues fasse l'objet d'un débat public sur le manquement présumé. Cela est particulièrement important. En effet, il serait tout à fait inapproprié, à notre avis, que l'examen d'un manquement présumé se limite à un échange de lettres polies entre des bureaucrates fédéraux et provinciaux. Les consommateurs des soins de santé sont en mesure de participer à ce processus décisionnel, et nous insistons pour exercer nos droits à cet égard. Voilà donc les deux recommandations très précises que nous vous faisons.

M. Blaikie: Puis-je avoir une petite explication? Vous parlez de la somme totale qu'un médecin réclame en supplément à son malade; vous dites que l'amende devrait correspondre au supplément imposé par le médecin, auquel doit s'ajouter la somme payée par le régime lui-même. Selon vous, l'amende doit également comprendre le coût du service en question.

Mme Harding: Selon notre proposition, si le coût d'un acte médical est de 10\$ et que le supplément imposé par le médecin est de 3\$, vous déduisez 13\$, et non pas 3\$.

M. Blaikie: Toujours en ce qui concerne les amendes, que pensez-vous de la période de trois ans? Tout comme vous, j'estime que les amendes prévues sont inadéquates, car elles ne réussiront pas à convaincre certaines provinces particulièrement récalcitrantes... En outre, la période de trois ans me pose également des problèmes, car cela risque de défavoriser une province par rapport à une autre. Ainsi, certaines provinces décideront peut-être d'intervenir rapidement pour interdire la surfacturation, contrairement à une province voisine. Que pensez-vous de cette période de trois ans?

M. Johnson: Monsieur le président, cette disposition nous inquiète également beaucoup. Comme vous l'avez dit dans vos remarques préliminaires, nous existons au niveau national

[Text]

concerns all along has been what we see as the erosion of medicare and the increasing incidence of extra-billing and user fees. We feel that it is important to take action very soon, and that the compliance mechanism or the enforcement procedure should be shorter than three years. Basically, as the legislation seems to be intended at this point, it would give a province that did not want to support this area up to three years to take action. We think that is too long. Therefore, what we recommended before and discussed is that some type of action, moving to complete cut-off, begin at least within a year of the first warning, so that something happens within a year if that province does not take appropriate steps to deal with the problem.

• 1615

Mr. Blaikie: You mean something permanent happens, not just a matter of holding it back and keeping it so they can give it back at the end of the three-year period. The real practical concern, of course, is the fact that the three-year period is designed to meet the needs of Ontario where there is a three-year contract with the doctors. It is unfortunate. It is too bad Ontario doctors were not in the last year of a contract. It would make life simpler for everybody.

Ms Harding: They have been in yearly contracts before. They will be again.

Mr. Blaikie: They have a three-year contract now. That is the reason the government gives for having a three-year period, so unless we were somehow to get over that we are in the position that one of the two provinces where extra billing is the worst will by law have to sit out the three-year period—unless we were to change our understanding of things—and that will put any other provinces, particularly provinces which border on Ontario, but all the rest of the provinces at a disadvantage if they either, because they do away with extra billing and do not raise their fee schedule so there could be leakage to Ontario of alienated doctors, or they ban extra billing and raise their fee schedules in order to meet some of that anger. Again that means they would be put at a disadvantage compared with other provinces. So it seems to me this is the problem with the three-year period and I just wondered if you had any further comment on that.

Mr. Haughian: I think the problem with the three-year period too is much more evident in terms of physician extra billing than in hospital user fees.

Mr. Blaikie: Sure.

Mr. Haughian: I think in terms of hospital user fees, it is not demanding too much to have a province eliminate the violation within a year. In terms of extra billing, because of the things you are referring to, it may be a longer period.

[Translation]

depuis cinq ans et nous nous préoccupons constamment, de la détérioration des soins médicaux et de la fréquence croissante de la surfacturation et des frais modérateurs. Nous estimons qu'il importe d'intervenir très rapidement et, par conséquent, que le délai d'exécution de la loi soit inférieur à trois ans. Selon les dispositions actuelles du projet de loi, la province qui ne veut pas les respecter a jusqu'à trois ans pour prendre des mesures. Nous estimons que cette période est beaucoup trop longue. Voilà pourquoi nous avons recommandé, et nous en avons discuté, que des mesures soient prises, au moins dans un délai de trois ans après le premier avertissement, pour ensuite obtenir une cessation complète, afin donc que quelque chose se passe déjà au bout d'un an si la province considérée ne fait pas ce qu'il faut pour régler le problème.

M. Blaikie: Vous voulez donc ici une mesure définitive, et non pas retenir d'abord pour ensuite rendre au bout d'une période de trois ans. Du point de vue pratique, bien sûr, la période de trois ans est conçue pour répondre aux besoins de l'Ontario où il y a un contrat de trois ans signé avec les médecins. Cela évidemment est dommage. Il est dommage que les médecins de l'Ontario n'en soient pas à la dernière année de ce contrat. Cela rendrait les choses plus simple pour tout le monde.

Mme Harding: Il y a eu dans le passé des contrats annuels. Je pense que cela se reproduira.

M. Blaikie: Mais pour le moment il s'agit d'un contrat de trois ans. Voilà qui explique la décision du gouvernement en faveur de cette période de trois ans, et à moins de surseoir à cette décision, nous aurons une des deux provinces où la surfacturation est la plus grave qui sera, de par la loi, tenue d'attendre la fin de cette période de trois ans—à moins que nous n'apportions quelques modifications à cela—et donc les autres provinces, tout particulièrement celles qui ont une frontière commune avec l'Ontario, seront en comparaison désavantagées, quelle que soit leur réaction: Ou bien elles suppriment la surfacturation, et n'augmentent pas les honoraires perçus, ce qui pourrait amener certains médecins à passer en Ontario; ou bien elles interdisent la surfacturation et augmentent les honoraires pour répondre au mécontentement. Donc, il y aurait là comparativement une situation désavantageuse. Voilà exactement ce problème que l'on rencontre si l'on est partisan de cette période de trois ans, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

M. Haughian: Je pense que le problème est plus évident en ce qui concerne la surfacturation du médecin, que la pratique des frais modérateurs en hôpital.

M. Blaikie: Certainement.

M. Haughian: En ce qui concerne les frais modérateurs à l'hôpital, je pense qu'il est raisonnable d'exiger que toute pratique contraire à la loi disparaisse en l'espace d'une année. En ce qui concerne la surfacturation, et étant donné les éléments que vous venez de citer, la période sera peut-être plus longue.

[Texte]

The Chairman: I will go to Mr. McCauley now.

Mr. McCauley: Thank you, Mr. Chairman. Through you to the witnesses, first of all our thanks not only for your appearance today but for your continuing and vigorous support for medicare.

I have in front of me a document. It was slipped under my door late last night in a brown envelope.

Some Hon. Members: Oh!

Mr. Reid (St. Catharines): Imagine a government member getting a brown, manila envelope!

Mr. McCauley: I want to read portions of it to you and get your comment. It is a letter from the President of the Medical Society of Nova Scotia in response to a Health Coalition of Nova Scotia event in Halifax, a public forum to discuss future directions in health care. The guest speaker was Emmett Hall. The letter says:

We cannot see that the December 6 event will see much change or evidence that the groups or individuals involved will have broadened their perspective beyond seeing it as another opportunity for Doctor and Conservative governments bashing. The choice of your keynote speaker (Dr. Hall) leaves no suggestion that the event will proceed beyond a political tirade against the doctors, the government or the hospitals so desperately trying to make do with a minimum of resources.

Perhaps the strongest reason for declining your invitation relates to the Federal Government decision to provide money to groups holding specific views or stances on this issue. However you care to look at it, the Health Coalition is now "officially captured" and part of Monique Bégin's team. Any thought or suggestion that the Coalition, or any of its affiliates, can be objective is now history. The game is now a political one from which, for your organization, there is no escape. We are not surprised, of course, because of your publicly known association with the NDP and certain other groups generally perceived as socialist in belief.

Perhaps we could have lived with the foregoing, participated in your forum, taken our usual lumps and hoped for a little success in bringing a broader perspective to the issue for the benefit of the public. Unfortunately, the stance of the Minister of Health and Welfare is so repugnant to us that we simply cannot be associated with your federally-funded program in any way whatsoever. For her to suggest that the Canadian Medical Association and/or some of the provincial governments oppose Medicare defies all reasoning and rationale.

Mr. Breau: Who signed that?

[Traduction]

Le président: Je vais passer la parole à M. McCauley maintenant.

M. McCauley: Merci, monsieur le président. Je remercie les témoins, non seulement pour leur comparution aujourd'hui, mais également pour leur effort soutenu en faveur du maintien de notre système médico-hospitalier.

J'ai sous les yeux un texte. Il a été glissé sous ma porte, hier au soir tard, dans une enveloppe brune.

Des voix: Oh!

M. Reid (St. Catharines): Imaginez donc un député du parti au pouvoir recevant une enveloppe brune, couleur de papier maïs!

M. McCauley: Je vais en lire quelques extraits, et j'aimerais que vous me disiez ce que vous en pensez. C'est une lettre au président de la Société médicale de Nouvelle-Écosse, en réponse à un forum organisé par la Coalition de la santé de la Nouvelle-Écosse, à Halifax, où on a discuté publiquement des questions d'orientation en matière de santé. L'orateur invité était Emmett Hall. Voici donc la lettre:

Nous ne pensons pas que la manifestation du 6 décembre apporte quoi que ce soit de neuf, ni que les groupes ou individus invités fassent preuve de plus de largeur d'esprit, et notamment qu'ils fassent autre chose que critiquer les médecins et les gouvernements conservateurs. Le choix de votre orateur invité (Dr. Hall) ne laisse aucun doute sur le fait que cette manifestation en restera au niveau de l'attaque politique dirigée contre les médecins, le gouvernement ou les hôpitaux qui déploient des efforts désespérés pour s'en sortir avec un minimum de moyens.

Notre refus de répondre à votre invitation tient peut-être au fait que le gouvernement fédéral a décidé de subventionner certains groupes dont la position en la matière est tout à fait caractéristique. Quelle que soit la façon dont vous prenez les choses, la Coalition de la santé est maintenant « officiellement marquée », et fait partie de l'équipe de Monique Bégin. Il n'est donc plus question de laisser croire que la Coalition, ou certains de ces groupes affiliés, puissent faire preuve d'objectivité. Le jeu a pris une tournure politique, dont votre organisation ne pourra plus se défaire. Nous ne sommes donc pas surpris, étant donné notamment vos rapports avec le NPD et certains groupes dont on connaît les tendances socialistes en matière d'idéologie.

Peut-être aurions-nous pu accepter tout cela, participer à votre réunion, y faire nos exposés habituels, en espérant élargir un peu le débat afin que le public soit mieux informé. Malheureusement, la position du ministre de la Santé et du Bien-être nous semble à tel point scandaleuse que nous ne pouvons absolument pas nous associer à votre programme de financement fédéral, de quelque façon que ce soit. Que le ministre laisse entendre que l'Association médicale canadienne, ainsi que certains gouvernements provinciaux, sont les ennemis de notre système médico-hospitalier dépasse l'entendement.

M. Breau: Qui a signé cela?

[Text]

[Translation]

• 1620

An Hon. Member: Who signed that?

Mr. McCauley: It was signed by the President of the Medical Society of Nova Scotia.

Mr. Blaikie: Nice guy.

Mr. McCauley: I wonder if that is an accurate reflection of the medical profession's views in Nova Scotia, and to other members here today from other provinces, if that is an accurate reflection of the views of medical societies in other parts of the country.

The Chairman: Mr. Johnson.

Mr. Johnson: Mr. Chairman, that letter was written, I believe, in November. We had invited them to participate in the forums which we held starting in late October and going through to the first part of December, and we had invited the medical society to participate in several of the forums, not only in Halifax, and in fact the executive secretary of the society did call me shortly after we announced the receipt of the grant and wondered if in fact they could participate. After apparently the Canadian Medical Association made public its criticism of the grant program and other provincial health Ministers came out and criticized it as well, after much delay the society produced that letter. It was shortly after also their annual meeting and our Minister of Health in Nova Scotia criticizing the grant. It seemed to follow right after that.

It seems to reflect, unfortunately, on the worst side of their attitude, in some ways. We have heard those opinions that have been expressed to us directly before, although we would like to think... and we had a session, an opportunity, which Dr. Schroder was at, recently to participate in a debate with them again on the Act, and I think we found their position had changed slightly and that they were not quite as vigorous in their denunciation of us or of the Act as had seemed to be put forward.

But I cannot speak for them. I guess you will have an opportunity here. I certainly encourage you to pursue that with them. We would hope they would take—it was mentioned in that letter that we had a couple of meetings—at their invitation, I should say—of a number of health-oriented groups in the province, including ourselves, and we demonstrated to them that nobody except themselves supported the continued operation of extra-billing and user fees, and that represented a range of organizations. They did not seem to appreciate that at the time or in that letter.

So I think it has meant some changes on their part to realize that there is a strong public pressure to move forward with the Act and beyond the Act, and that is going to mean changes on their part at all levels, and new roles for consumers and other health workers. I think that reflects a resistance to change to some extent on their part, and part of an adjustment they have

Une voix: De qui est la signature?

M. McCauley: C'est celle du président de la Société médicale de la Nouvelle-Écosse.

M. Blaikie: C'est charmant

M. McCauley: Je me demande si cela traduit de façon fidèle le point de vue des médecins de Nouvelle-Écosse, et s'il y a des médecins d'autres provinces présents aujourd'hui, je leur demande si cela traduit également de façon fidèle le point de vue des sociétés médicales du reste du pays.

Le président: Monsieur Johnson.

M. Johnson: Monsieur le président, je crois que cette lettre a été écrite au mois de novembre. Nous avons invité la Société à participer à la série de forums qui devaient commencer à la fin du mois d'octobre, et durer jusqu'au début du mois de décembre, et notre invitation ne concernait pas simplement la manifestation de Halifax; le secrétaire exécutif de cette Société m'a, de fait, téléphoné peu après que nous ayons accusé réception d'une subvention, et m'a demandé s'ils pouvaient participer au forum. Après que l'Association médicale canadienne ait publiquement critiqué le programme de subventions, et après que certains ministres de la santé provinciaux aient également dénoncé ce programme, après donc un délai assez long la Société nous a fait parvenir cette lettre. Cela se situe peu de temps après leur réunion annuelle, et après que notre ministre de la Santé de Nouvelle-Écosse ait lui-même critiqué le programme de subventions. Il semble que cela fasse suite donc à ces événements.

D'une certaine manière cette lettre semble traduire les sentiments les plus négatifs que l'on puisse avoir. Un certain nombre d'opinions nous étaient déjà directement parvenues, mais nous aimerions penser—nous avons eu une réunion au cours de laquelle le docteur Schroder a pu discuter avec eux de la loi, et nous avons constaté que leur position avait un peu évolué, et que leurs critiques à notre égard ou à l'égard de la loi étaient moins violentes.

Mais je ne peux parler ici qu'en mon propre nom. Je pense que vous aurez vous-même l'occasion de discuter de cela avec eux, et je vous y encouragerais. Dans la lettre il est également question de diverses réunions auxquelles nous avons participé, en réponse à leur invitation, avec un certain nombre de groupes paramédicaux de la province, et nous avons montré que personne, si ce n'est cette Société, n'était favorable à la pratique de la surfacturation, ni des frais modérateurs, et il y avait là présent toute une gamme d'organismes. Voilà donc qui n'a pas été très apprécié, à l'époque, et l'on en trouve la trace dans la lettre.

Je pense donc qu'il y a eu évolution de leur position, puisqu'ils ont réalisé qu'il y avait un courant très fort dans la population pour que le projet de loi soit adopté, et même que l'on aille au delà, ce qui implique évidemment des changements pour ces gens à tous les niveaux, et une nouvelle répartition des rôles en matière de consommation et de production des soins de santé. Je pense donc que l'attitude de

[Texte]

to make in learning how to work with other consumers and with other health workers in new ways.

So while we were upset with the letter at the time, we are very much interested in continuing to have dialogue with them and with other health workers. We felt we had a good session at the end of January, and we hope they will realize the depth and the intensity of our feeling and the need to proceed with the kinds of changes that we proposed today and earlier.

Ms Kotani: Mr. Chairman, the Friends of Medicare in Alberta face similar kinds of problems in our relationship with the Alberta Medical Association. We have invited them on a number of occasions—we have been in existence for about five years—to participate in open public discussions and to participate in public education events that we have organized. They have declined on virtually all occasions. I do not recall in my involvement with the organization where a representative of the AMA has ever been involved in a public discussion with medicare supporters.

We have been accused in the paper by the President of the Alberta Medical Association of using scare tactics to arouse the fears of senior citizens and low-income people—that they would be denied access to health care as a result of user fees or extra-billing. The very fact that these people have been denied health care has been demonstrated by a health economist at the University of Alberta, Dr. Richard Plain, on a number of occasions.

• 1625

Further, if the medical associations were that concerned, we think they would publish a list of physicians in the province who do not extra-bill, or at least a list of the ones who do, because I get about 20 calls a week from people just looking for a doctor who does not extra-bill. By no means are we in a position to provide that kind of information on a province-wide basis. We can do it to a limited capacity through our offices in Edmonton, but to get a call like that from Taber or from Pincher Creek is a very difficult request to meet. I would maintain that in some ways the medical associations are involved in more scare tactics than we are by simply not providing that kind of basic information.

Dr. Susan Stock (Executive Board Member, Canadian Health Coalition): I would like to respond to that as well. I am Susan Stock, a family physician here in Ottawa and one of the directors on the Canadian Health Coalition.

I think that letter represents a grave misinterpretation of the intentions of this coalition. Our concerns are with some of the inequities that still exist within the Canadian health care system, in working towards improving that and making sure there is a kind of comprehensiveness and accessibility which

[Traduction]

la Société médicale s'explique en raison de la résistance au changement, et de la nécessité de s'adapter à un nouveau type de clientèle ainsi qu'à de nouvelles méthodes de travail au sein de la profession médicale et para-médicale.

En dépit de notre mécontentement suite à cette lettre, nous désirons que le dialogue se poursuive, avec eux et avec d'autres travailleurs du secteur de la santé. Nous avons eu une réunion à la fin du mois de janvier qui a donné de bons résultats, et je pense que les intéressés réaliseront à quel point nous sommes convaincus de la nécessité d'apporter les changements que nous avons proposés aujourd'hui et par le passé.

Mlle Kotani: Monsieur le président, l'association *Friends of Medicare in Alberta*, a le même genre de problèmes dans ses rapports avec l'Association médicale de l'Alberta. Nous les avons invités à diverses manifestations—voilà cinq ans que nous existons—où il devait y avoir une discussion ouverte avec le public, et nous les avons invités aussi à des séances d'éducation de la population que nous avons organisées. Toutes nos invitations sont restées sans réponse. Depuis que je travaille dans notre organisation je ne me souviens pas avoir participé à une seule réunion où il y ait eu une représentation de l'A.M.A. qui ait participé aux discussions avec le public et avec les défenseurs de notre régime de santé.

Nous avons été accusés, dans un article du président de l'Association médicale de l'Alberta, d'utiliser l'arme de la peur, et d'expliquer aux citoyens du troisième âge et aux personnes à revenus modestes que les frais modérateurs ou la surfacturation les empêchaient d'avoir accès aux services de santé. Or, le docteur Richard Plain, économiste des questions de la santé à l'Université de l'Alberta, l'a montré: ces gens n'ont effectivement pas accès aux services de santé.

De plus, si les associations médicales se préoccupaient véritablement de la question, elles publieraient à notre avis—une liste des médecins de la province qui ne pratiquent pas cette surfacturation, ou au moins une liste de ceux qui le font; en ce qui me concerne, je reçois au moins 20 coups de téléphone par semaine, de gens qui cherchent un médecin ne surfacturant pas. Nous ne sommes en aucun cas en mesure de donner ce genre de renseignement pour toute la province. Nous y arrivons de façon limitée, grâce à nos bureaux d'Edmonton, mais lorsque vous recevez un coup de téléphone de ce genre de Taber ou de Pincher Creek, il est très difficile d'y répondre. Je prétends que d'une certaine façon, ce sont les associations médicales elles-mêmes qui entretiennent la peur en ne donnant pas ce genre de renseignement absolument indispensable.

Mme Susan Stock (membre du bureau exécutif, Coalition canadienne de la santé): J'aimerais moi aussi répondre à cela. Je m'appelle Susan Stock, et je suis médecin de famille à Ottawa, et je suis un des directeurs de la Coalition canadienne de la santé.

Je crois que cette lettre donne une mauvaise interprétation des intentions de notre coalition. Nous nous préoccupons de certaines inégalités qui persistent au sein de notre système de santé, et nous cherchons donc à améliorer ce dernier et à nous assurer l'intégralité de l'assurance, ainsi que l'universalité de

[Text]

we as a society can afford to have. I think the kind of attitude the Medical Society of Nova Scotia takes in that letter really misses that point. It is looking at their own particular view and not the overall health care system.

We are not against doctors. I represent the Medical Reform Group, a medical group which belongs to the health coalition, and along with many other groups, we feel there are changes that are really necessary. We do not see extra-billing or user fees as a form of doctor bashing, and I do not perceive that as something which threatens me as a physician. I feel it is something which is really necessary in terms of our having the kind of equitable health care system we need to have.

The Chairman: Mr. McCauley, this is your last question at this time.

Mr. McCauley: I believe there is another response, Mr. Chairman.

The Chairman: If there is, that is fine.

Ms Harding: I just wanted to add that the Ontario Medical Association has not accused us of being Liberal; they have accused us of a whole bunch of other things but not of being the lackey of Madame Bégin.

They have been somewhat inconsistent in their participation in forums which I have been in. I have to share with the members that one of the grave disappointments my family has when I speak at public meetings with the doctors is that I do not engage in doctor bashing. I have to tell you it is because I do not have to; they are quite capable of doing it themselves.

I think the tendency of the medical associations to personalize any criticism of the medical system is unacceptable and quite arrogant. We are discussing a system, and we expect a critique to be applied as we apply a critique to any other system. That is the level of the discussion. We do not need to challenge individuals in this; we are talking about a whole society, not about one individual.

Ms Mary Hegan (Director, Executive Committee, Canadian Health Coalition): I would just like to add a few words. In my experience of arranging community meetings to discuss both medicare and health care, from time to time we have had very good experience with doctors; maybe not necessarily with the formal society, but we are aware there are many doctors very interested in sitting down and talking to citizens about how we should be operating our health care system.

I think it is unfortunate that the doctors in Nova Scotia missed that opportunity, because through the community health forums, we have found that quite often citizens quickly wanted to get over the issue of extra-billing and user fees and

[Translation]

l'accès, dans la mesure où cela correspond aux moyens de notre société. Je pense que l'attitude de la société médicale de Nouvelle-Écosse, dans cette lettre, passe à côté de la question. Cette lettre reflète son point de vue de façon stricte, et laisse de côté l'ensemble des questions ayant trait à tout notre système de santé.

Nous ne sommes pas les ennemis des médecins. Je représente moi-même le *Medical Reform Group*, qui est un groupe médical affilié à la Coalition de la santé, et nous pensons, avec d'autres, qu'il faut apporter certains changements. Nous ne voyons pas dans cette question des frais modérateurs et de la surfacturation un coup porté aux médecins, et moi-même, en tant que médecin, je ne me sens pas menacé. Je pense que c'est une réforme nécessaire si l'on veut avoir un système médico-hospitalier véritablement équitable.

Le président: Monsieur McCauley, votre dernière question.

M. McCauley: Je crois que quelqu'un veut encore répondre, monsieur le président.

Le président: Très bien.

Mme Harding: Je voudrais ajouter que l'Association médicale de l'Ontario, ne nous a pas accusés d'être libéraux; nous avons été accusés de tas de choses, mais certainement pas d'être les laquais de M^{me} Bégin.

Cette association a participé de façon irrégulière aux diverses réunions auxquelles j'ai moi-même assisté. Je dois dire aux membres du Comité que ma famille est toujours très déçue, lorsque je prends la parole en public, de ce que je n'engage aucune polémique contre les médecins. Je tiens à le dire, car là n'est pas mon rôle, et je pense que les intéressés peuvent le faire eux-mêmes.

Je pense que la tendance des associations médicales à personnaliser la critique, lorsqu'il est question de notre système de santé, est une pratique inacceptable et pleine d'arrogance. Il est question d'un système, et nous nous attendons à ce que celui-ci puisse faire l'objet de critiques, comme n'importe quel autre système. Voilà où la discussion doit se situer. Il n'est pas question de mettre en cause les personnes, dans cela; il est question d'une société dans son ensemble, et certainement pas d'une seule personne isolée.

Mme Mary Hegan (directeur, comité exécutif, Coalition canadienne de la santé): Je voudrais ajouter quelques mots. Depuis que j'organise des réunions où l'on discute de questions de santé et de soins, je dois dire qu'il m'est arrivée d'avoir des échanges extrêmement intéressants avec certains médecins; l'Association médicale n'était pas représentée de façon officielle, mais nous savons qu'il y a de nombreux médecins qui ont envie de discuter avec la population, de la façon notamment dont notre système médico-hospitalier devrait fonctionner.

Je crois qu'il est dommage que les médecins de Nouvelle-Écosse n'aient pas pu saisir cette occasion; en effet, au cours de ces discussions publiques sur la santé, nous avons fréquemment constaté que la salle veut laisser de côté la question de la surfacturation et des frais modérateurs, pour en venir plus

[Texte]

really get on to the very major issue of revamping our system within cost restraints we think we can afford.

I have a feeling, too, that if we can get rid of this issue of extra-billing, hopefully through the passage of this legislation, we will be able to do a lot of co-operative efforts with doctors across this country, really seriously looking at our health care system. I am looking forward to working with them, personally.

Mr. Johnson: I just want to reiterate, since our forums were brought up, that we intended to do these forums long before we knew about any community forum program. Our intention was to provide an open public debate of the issues, not only extra-billing and user fees but the whole direction of the future of health care. We wanted a wide perspective. We ourselves did not participate as speakers in the events. As I said, we tried to involve a large number of groups and, as Mary just pointed out, a whole range of issues were discussed. We asked doctors who did come to the forums whether they felt they were being bashed. As far as I could tell, they said that it was not a question of doctor bashing in any of the forums and that we very quickly moved through this discussion of the immediate concerns into the longer range tasks ahead of us as consumers and health workers. That fact has led to our planning, in our annual conference in the spring, to focus on future directions in health care, particularly community-based health care. I think, unfortunately, they clearly misunderstood what our intention was, but I hope they will appreciate the kinds of directions we are taking now.

• 1630

The Chairman: Mr. McCauley, I will come back to you when we get into the second stage, if you wish.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I want also to welcome the Canadian Health Coalition here today and the various groups they represent. I am particularly impressed by the comments of the last two speakers, Mary and the gentleman at the end there, because I think your attitudes are the attitudes we need around this table and in our forums around the country. That is the way we will improve the system. I guess my disappointment in the whole affair is that this Bill we are looking at looks at such a narrow aspect of the whole thing that we tend to polarize ourselves one way and another. I sense a nodding of heads in agreement with me on that. I am very pleased to see that your group has looked on a broader aspect of the whole thing as well, because you are talking about the limitations that exist within Bill C-3 in terms of expanding the roles of other health practitioners, and so on. I am encouraged with that attitude.

However, naturally we want to examine each other in the areas where we may find some perceived efficiencies, so I want

[Traduction]

fondamentalement à la discussion de la refonte de notre système, en faisant les économies qui semblent possible.

J'ai également l'impression, que si nous pouvions nous débarrasser de cette question de la surfacturation, grâce— espérons-le—à l'adoption de ce projet de loi, nous arriverons à collaborer avec les médecins dans tout le pays, et à discuter sérieusement de la question. Je me réjouis d'avance à l'idée de cette collaboration.

M. Johnson: Je voudrais rappeler, puisqu'il a été question de nos forums, que nous les avions prévus, bien avant d'apprendre l'existence de ce programme de réunions communautaires. Nous voulions avant tout organiser un débat public, non seulement sur la surfacturation des frais modérateurs, mais également sur l'orientation à donner à l'ensemble de notre système médico-hospitalier. Nous voulions donc donner lieu à un large débat. Nous-mêmes, nous ne participions pas en tant qu'orateurs à ces manifestations. Comme je l'ai dit, nous cherchions à y associer le plus grand nombre possible de groupes, et comme Mary vient de le dire, à y discuter de toute une gamme de questions. Nous avons demandé aux médecins qui ont participé à ces réunions s'ils avaient eu l'impression d'être victimes d'une mauvaise polémique. Que je sache, ils ont répondu par la négative, en disant que l'on avait rapidement discuté des préoccupations immédiates pour envisager les tâches à long terme, du point de vue de la consommation et de la production des services de soins. Voilà qui nous a amenés, lors de notre conférence annuelle de printemps, à nous concentrer sur la question des orientations à venir en matière de systèmes médico-hospitaliers, et notamment sur la question des services de soins communautaires. Malheureusement, j'ai l'impression que notre intention a été mal comprise, mais j'espère que les médecins apprécieront tout de même le genre d'orientation que nous nous donnons.

Le président: Monsieur McCauley, je reviendrai à vous au deuxième tour, si vous le désirez.

Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je veux aussi souhaiter la bienvenue à la Coalition canadienne de la santé, ainsi qu'aux divers groupes qu'elle représente. Je m'intéresse particulièrement aux commentaires et remarques des deux derniers orateurs, c'est-à-dire Mary et ce monsieur au bout de la table, étant donné que votre attitude est précisément celle dont nous avons besoin, et notamment lorsqu'il y a des discussions qui sont organisées dans le pays. Voilà comment nous pourrions améliorer notre système. Je pense que ma déception, dans tout cela, vient de cette perspective extrêmement étroite qui est celle du projet de loi, et de cette polarisation de la discussion. J'ai l'impression que l'on fait oui de la tête. Je suis heureux de voir que votre groupe a cherché à prendre un peu de recul, et que vous nous parliez des limites du projet de loi C-3, notamment en ce qui concerne l'extension du rôle des autres professionnels de la santé etc. Je me sens donc encouragé par votre attitude.

Toutefois, nous voulons examiner chaque point qui pourrait présenter quelque insuffisance, et je vais vous poser quelques

[Text]

to ask you a few questions. I have had some difficulty over the last year or two, Mr. Chairman, since the awareness has come to me of there being a health coalition—I must admit that I have not been long aware of it. I want to know a bit more about your groups. For instance, I would like to know, if I may, how many people would, collectively, belong to your groups across the country. That would be the first question.

Mr. Haughian: I do not have a figure for you. I could say that we represent about 45 organizations. That includes nine provincial coalitions, the rest are national organizations. They would include church groups, health groups, women's groups, labour, education groups, seniors, NAPO—which is a group for the poor. I really feel that if I were to sit down and count up all the people in those groups, such as in all the churches we represent, it would be a meaningless figure. We identify the groups that are in the organization and we speak about the broad sections of groups and we say that they are right across the country, but I do not have a figure as to how many people are actually in the groups.

Mr. Halliday: Thank you.

Somewhat as an aside here, Mr. Chairman—the chairman of the delegation brings this to my mind—I want to ask about your earlier comments, your first comments, which Mr. Epp picked you up on very quickly. It is with respect to your observation on the nine provincial medical associations being represented. You were disappointed that comparable groups in the Canadian Health Coalition had been sort of denied. What the facts show, I guess, Mr. Chairman, is that we had, as a committee, received representations for a hearing from nine medical divisions of the Canadian Medical Association, which are the provincial groupings, nine out of the ten. We had at the same time, I believe, if I am not mistaken, received representations from three coalitions that were not already slotted to be seen. When it came down to the decision of the committee, they decided to give those nine medical societies a total of three or three and a half hours one morning and, at the same time, they decided to give the three provincial coalitions who had asked a total of one hour and a half, so they got about double time. The committee, I think, was going out of its way to be fair to the coalitions in view of the requests that we had on hand.

Mr. Haughian: Could we just respond to that?

Ms. Harding: We appreciate your comments, but I think you should be aware of the fact that the provincial coalitions were informed that we would not be heard and that, in fact, we should not bother to apply.

Mr. Halliday: So were the medical societies.

Ms. Harding: That is quite true, but they are a bit pushier than we are, perhaps.

Mr. Epp: Is that true, Mr. Chairman?

[Translation]

questions. Monsieur le président, ça n'est que depuis un an ou deux que j'ai pris conscience de l'existence de la Coalition—je dois admettre que je suis resté longtemps dans l'ignorance. J'aimerais en savoir un peu plus sur les groupes qui la composent. J'aimerais, par exemple, savoir combien de gens sont membres des divers groupes que vous représentez au Canada. Ce serait ma première question.

M. Haughian: Je n'ai pas ce chiffre. Je pourrais dire que nous représentons environ 45 organismes. Cela comprend 9 coalitions provinciales, et ensuite des organismes nationaux. Cela inclut donc des églises, des associations de praticiens, des groupes de femmes, des groupes d'employés, d'enseignants, de personnes du troisième âge, l'ONAP—qui est un groupe de lutte contre la pauvreté. Si nous devons donc faire le décompte de toutes ces personnes représentées par ces groupes, comme par exemple les églises, je pense que le chiffre serait très élevé. Nous connaissons donc les divers groupes qui participent à notre organisation, nous connaissons les grandes divisions, et nous pouvons dire que ces groupes sont représentés dans tout le pays, mais je ne pourrais pas vous dire combien d'individus cela fait.

M. Halliday: Merci.

En à-côté, monsieur le président—c'est le président de notre délégation ici qui m'y fait penser—j'aimerais poser une question sur ce que vous avez dit tout à l'heure, au début, et que M. Epp a repris très rapidement. Il s'agit de ce que vous avez dit à propos de la comparaison de neuf associations médicales provinciales. Vous étiez déçu de ce que des groupes comparables de la Coalition canadienne de la santé n'aient pas eu les mêmes possibilités. Or, monsieur le président, neuf associations médicales ont fait des démarches auprès du Comité pour être entendues lors d'une séance. Il s'agissait de groupements provinciaux, neuf sur dix. À la même époque, si je ne me trompe, trois coalitions, qui n'étaient pas prévues, nous ont contactés. Lorsqu'il a fallu prendre une décision, le Comité a décidé de consacrer un total de trois heures ou trois heures et demie, un matin, à ces neuf sociétés médicales, ce qui faisait ensuite le double de ce temps pour les trois coalitions provinciales qui avaient demandé à être entendues pendant une heure et demie. Le Comité, je pense, par souci de justice, envers les coalitions, a fait une exception.

M. Haughian: Pourrions-nous répondre à cela?

Mme Harding: Votre remarque est intéressante, mais je crois que vous devriez tenir compte du fait que les coalitions provinciales avaient été informées de ce que nous n'aurions pas été entendus, et que de fait, ce n'était même pas la peine de faire une demande.

M. Halliday: Il en était de même pour les sociétés médicales.

Mme Harding: C'est vrai, mais peut-être sont-elles un peu plus agressives que nous le sommes.

M. Epp: Est-ce vrai, monsieur le président?

[Texte]

Ms Harding: However, there was a clear lack . . .

Mr. Halliday: Let me get back to my . . .

Ms Harding: —there was a clear communication problem, which is why you did not get requests from the other . . .

Mr. Halliday: It is good to exchange.

• 1635

Mr. Halliday: It is good to exchange these breakdowns in communication. Let me just go on then to a bit more understanding about the coalition group. For some years, I have been somewhat of an advocate of the consumer position. For instance, it is not a big deal, but I have been a subscriber to the *Consumer Reports* for 30 to 35 years. I am interested in that aspect of society.

Incidentally, I have been a consumer of health services, since I have been married, to the tune of probably hundreds of thousands of dollars. So I am quite interested, as a consumer, in the health care system that we have, having used that much of health care funds. Given that fact, I am a little surprised that I have never had the opportunity of being asked if I wanted to belong to one of the coalition groups. How do you become a member of one of those groups?

Mr. Haughian: I think we have an application right now.

Mr. Halliday: This is what interests me. How do people become members? What is the mechanism? What is your source of getting membership?

Mr. Breau: Mr. Chairman, I do not think it is proper for a committee to have commercials for memberships in organizations.

The Chairman: I rule your point of order is out of order, Mr. Breau. Dr. Halliday may continue with his questioning.

Mr. Halliday: I just wonder how you go about getting a membership.

Mr. Haughian: Anybody can become a member by simply, I think, agreeing with the values that we espouse and the efforts that we are making to further the health care system. So certainly, if you would like to be a member, we can contact you after this meeting.

Mr. Halliday: I am trying to learn more about the group so I can decide if I want to be a member.

The Chairman: Your last question.

Mr. Halliday: In the presentation that the delegation chairman gave us early on, the statement was made—and I think I have the quotation right here:

Abuses will continue to grow . . .

This was with respect to extra billing. It goes on to say:

. . . and that we should eliminate all violations of medicare.

I think I quoted those precisely from what you read to us.

My question in this area, Mr. Chairman, is this: We have had figures given to us by other witnesses that suggest that in

[Traduction]

Mme Harding: Toutefois, il y a eu de toute évidence manque . . .

M. Halliday: Laissez-moi revenir . . .

Mme Harding: . . . de communication, et c'est pour cela que vous n'avez pas reçu de demandes des autres . . .

M. Halliday: Il faut pouvoir rester en contact.

M. Halliday: Il est utile de dialoguer pour mieux communiquer. Permettez-moi d'expliquer un peu plus la nature de ce groupe. Depuis quelques années, je représente un défenseur des intérêts des consommateurs. Ce n'est pas grand-chose, mais je souscris par exemple depuis 30 à 35 ans au *Consumer Reports*. Cet aspect de la société m'intéresse.

Soit dit en passant, depuis que je suis marié, ma consommation de services médicaux se chiffre à probablement des centaines de milliers de dollars. C'est pourquoi, en tant que consommateur, nos programmes de soins médicaux m'intéressent beaucoup. Dans ces conditions, je m'étonne un peu que personne ne m'ait jamais demandé si je souhaitais faire partie de l'une de ces associations. Comment en devient-on membre?

M. Haughian: Je pense avoir ici une formule d'adhésion.

M. Halliday: C'est ce qui m'intéresse. Comment devient-on membre? Comment trouvez-vous de nouveaux adhérents?

M. Breau: Monsieur le président, il ne convient pas selon moi qu'un Comité fasse de la publicité pour certaines associations.

Le président: Votre argument n'est pas recevable, monsieur Breau. M. Halliday peut poursuivre ses questions.

M. Halliday: Je voudrais simplement savoir comment devenir membre.

M. Haughian: N'importe qui peut le devenir tout simplement en appuyant les valeurs que nous défendons et les efforts que nous déployons pour améliorer le système des soins médicaux. Si vous voulez devenir membre, nous pouvons vous rencontrer après cette réunion.

M. Halliday: J'essaie d'en savoir davantage au sujet du groupe pour pouvoir décider si je souhaite y adhérer.

Le président: Votre dernière question.

M. Halliday: Dans son exposé, le président de la délégation nous a déjà dit et je citerai plus ou moins ses termes.

Les abus continueront à s'étendre . . .

Il s'agissait de la surfacturation. Voici la suite:

. . . et nous devrions éviter toute infraction relative aux soins médicaux.

Je pense avoir cité précisément ce que vous nous avez lu.

Voici ma question à ce sujet, monsieur le président. D'autres témoins nous ont donné des chiffres selon lesquels, en fait,

[Text]

actual fact, over the last number of years, the precise number of services that have been subjected to extra billing has actually been decreasing. I wonder if you have actual figures to show the number of services—I am not talking about dollars, because that has to be indexed if you are going to interpret it properly. Actually, the services should be indexed for population growth too. I would ask you that question, if indeed you have the number of services over the last, let us say, 10 years, to show us how that trend . . . Can you tell me, at the same time, if those numbers are indexed for population growth?

Ms Harding: We cannot give you those figures, certainly not from Ontario. And one of the reasons is that they are not really collected in Ontario. We have a serious problem with our monitoring mechanisms that hopefully we will be able to correct after the passage of the proposed Act and as our capabilities improve. There have been some suggestions that, for example, 7%, at this point, of services are extra billed in Ontario, say, in the last year. Our Minister of Health has failed to explain how we arrived at that figure. That figure is not corrected for specialty nor is it corrected for region, as far as I can determine.

In fact, it has also come to our attention that there have been a number of quite innovative strategies used to extra bill, which are not extra billing as defined by the the information collective mechanism of the OHIP system. So I think it is hard to give a specific . . .

The Chairman: A short question.

Mr. Halliday: I just wanted to ask a question on what I already alluded to in my last question. The other quotation I gave you was that we had to, according to our witnesses, eliminate all violations of medicare. Mr. Chairman, all of our social service programs in the country, I have found since I have been down here in Ottawa, are subject to abuses. None is probably much worse than the UIC, the unemployment insurance benefits that we know so much about. It is true also for mothers' allowances, for children's allowances; there are abuses in all these systems. That does not mean that . . . And you want to try to get them down to a minimum.

• 1640

Have you any reason to think that in proportion, say, to the abuses in the unemployment insurance benefits system . . . do you feel that the abuses by way of extra-billing and by user fees are far in excess of abuses you get in other systems, and do you really, honestly, think you are going to eliminate them all?

Mr. Johnson: Mr. Chairman, . . . Oh, I am sorry.

Ms Egan: We certainly feel that this legislation moves in that direction. We really think that is possible when you have universal coverage. I think there are mechanisms to work towards that if there is the political will to do so.

[Translation]

depuis un certain nombre d'années, il y a eu une diminution réelle du nombre précis de services ayant fait l'objet de surfacturation. Avez-vous les chiffres réels indiquant le nombre de services—je ne parle pas de montants, car ils doivent être indexés pour donner une interprétation valable. En fait, les services devraient être indexés aussi par rapport à la croissance de la population. Je vous poserai donc cette question: avez-vous en fait le nombre de services depuis les dernières 10 années, par exemple, afin de nous montrer comment cette tendance . . . Pouvez-vous me dire aussi si ces nombres sont indexés par rapport à la croissance de la population?

Mme Harding: Nous ne pouvons pas vous donner ces chiffres, certainement pas pour l'Ontario. L'une des raisons, c'est qu'ils ne sont pas vraiment enregistrés dans cette province. Nos mécanismes de contrôle présentent de graves difficultés et nous espérons pouvoir redresser la situation après l'adoption du projet de loi, et une fois que nos capacités seront améliorées. Certains estiment par exemple qu'en Ontario 7 p. 100 des services avaient été surfacturés l'an dernier. Notre ministre de la santé n'a pas pu expliquer comment nous en sommes arrivés à ce chiffre, et pour autant que je sache, il n'est corrigé ni par spécialité ni par région.

En fait, nous avons constaté aussi qu'un certain nombre de stratégies très novatrices ont été utilisées pour surfacturer les patients, puisque cette surfacturation ne correspond pas aux définitions données dans le mécanisme collectif d'information du régime d'O.H.I.P. Il me paraît donc difficile de donner des précisions . . .

Le président: Une brève question.

M. Halliday: Je voudrais simplement poser une question sur ce dont j'ai déjà parlé dans ma dernière intervention. L'autre citation que je vous ai lue indiquait que selon nos témoins nous devrions éliminer toutes les infractions au Régime d'assurance-maladie. Monsieur le président, depuis que je suis ici à Ottawa, j'ai constaté que dans notre pays tous les programmes de services sociaux peuvent faire l'objet d'abus. Je citerai surtout à cet égard la C.A.C., les prestations d'assurance-chômage dont nous avons tant entendu parler. C'est vrai aussi des allocations aux mères nécessiteuses, des allocations familiales; il y a des abus dans tous ces programmes, ce qui ne signifie pas que . . . Il faut essayer de réduire ces abus au minimum.

Avez-vous des raisons de penser que, par rapport aux abus du Régime des prestations d'assurance-chômage . . . Pensez-vous que les abus au moyen de surfacturation et des frais modérateurs dépassent ce qui existe dans les autres régimes, et croyez-vous honnêtement pouvoir les supprimer entièrement?

M. Johnson: Monsieur le président . . . Pardon, je suis désolé.

Mme Egan: Nous sommes persuadés que tel est l'objectif de cette loi. Nous pensons vraiment pouvoir l'atteindre avec une assurance universelle. Je pense que les mécanismes oeuvrant dans ce sens ainsi que la volonté politique d'y parvenir doivent aller de pair.

[Texte]

One thing I would like to point out to you is this: You have been asking very good questions with statistics, and this brings up something that is very important to this piece of legislation for us, and that is information and public information. A commitment of our coalition is to go out and inform the public as to exactly what is happening in the system: Are things getting worse? Are they getting better? To what degree? It is very, very hard for us to get this data. We are pleased that there is more information, and one of the principles now is information, and we hope that the information being sought from the provinces to the federal government would be public information so when we come up in three years to have discussions we will be much more able to answer your questions.

We feel that as the public become more informed on these issues they will be able to make choices as to the most important things within the health care system. We may not get everything we want all the time, but we do need those facts and figures.

You say we should indicate to you how much of an erosion. From a consumer's perspective, it is not only what may be happening today, but it is also the great fear of what may happen tomorrow. When you wake up in the morning and hear that Alberta is upping its premiums or starting a fairly substantial user fee in the hospitals and New Brunswick is flirting with the idea and the situation is such that legislatively this may be able to happen in your province some day . . . It is that real fear, I think, that we are addressing almost as much as what is actually happening today.

Mr. Halliday: Would you put me on the second round, Mr. Chairman?

The Chairman: Thank you, Dr. Halliday. We will just see how the questioning goes. A number of the members have not questioned yet.

I will go to Mr. Allmand.

Mr. Allmand: Mr. Chairman, as I mentioned before this committee last week, in my opinion one of the most shocking deficiencies in our present system is long-term chronic care, where there are heavy user fees. People say there are no user fees in Quebec. There are user fees in Quebec, and they are very onerous for long-term chronic care.

I am a lawyer and I tried to figure out whether this Bill bans user fees for long-term chronic care, but I cannot quite figure it out yet. I asked the Minister the other day, but she did not give me a clear answer either.

I notice that you, in your brief, in which you suggest amendments to add other health services, do not include long-term chronic care. I cannot understand this since, as I say, I figure we are getting into the provision of institutional services

[Traduction]

Je voudrais vous dire ceci: vous avez posé de très bonnes questions quant aux statistiques, ce qui soulève un aspect très important, selon nous, pour la mesure législative que nous examinons, je veux parler de l'information et de l'éducation du public. Notre association s'est engagée à informer le public pour qu'il sache exactement ce qui se passe dans le système. Les choses empirent-elles ou s'améliorent-elles? Dans quelle mesure? Il nous est extrêmement difficile d'obtenir ces données. Nous sommes contents qu'il y ait plus de renseignements, et que l'on insiste maintenant là-dessus, et nous espérons que les données que le gouvernement fédéral demande aux provinces seront rendues publiques afin que, lorsque nous reviendrons dans trois ans pour discuter avec vous, nous puissions mieux répondre à vos questions.

Nous estimons qu'au fur et à mesure que le public deviendra mieux informé sur ces questions, il pourra mieux choisir les éléments les plus importants du régime de soins médicaux. Nous ne pouvons peut-être pas toujours obtenir tout ce que nous voulons, mais nous avons besoin de ces faits et de ces chiffres.

Vous dites que nous devrions préciser l'importance de cette érosion. Dans la perspective des consommateurs, ce n'est pas seulement ce qui se passe aujourd'hui qui intervient, mais aussi la grande peur de ce qui pourrait se passer demain. Lorsque vous vous levez un matin pour entendre que l'Alberta augmente ses primes ou qu'elle commence à imposer un ticket modérateur très élevé dans ses hôpitaux, et que le Nouveau-Brunswick se plaît à cette idée et que la situation est telle que sur le plan législatif cela puisse un jour se passer dans votre province . . . C'est de cette crainte réelle que nous devons nous préoccuper, presque autant que de ce qui se passe en fait aujourd'hui.

M. Halliday: Pourriez-vous m'accorder la parole au second tour, monsieur le président?

Le président: Merci, docteur Halliday. Nous allons voir comment se passent les interventions. Un certain nombre de membres du Comité n'ont pas encore posé leurs questions.

La parole est à M. Allmand.

M. Allmand: Monsieur le président, comme je l'ai déjà dit la semaine dernière devant le Comité, selon moi, l'une des failles les plus scandaleuses de notre système actuel est le secteur des soins chroniques à long terme où l'on impose des frais modérateurs élevés. Contrairement à ce que disent certains, il existe des frais modérateurs au Québec et ils coûtent très cher aux malades chroniques recevant des soins à long terme.

Je suis avocat et j'ai essayé de déterminer si ce projet de loi interdit les frais modérateurs pour les soins médicaux dans les cas de maladies chroniques à long terme, mais je n'ai pas réussi encore à le déterminer. J'ai demandé ce qu'il en était l'autre jour au ministre, mais elle non plus ne m'a pas donné de réponse claire.

J'ai constaté que, dans votre mémoire, dans lequel vous proposez des amendements pour ajouter d'autres services médicaux, vous ne parlez pas des soins à long terme pour les malades chroniques. Je ne le comprends pas car, encore une fois, je pense que nous proposons la création de services

[Text]

but some of the private places that we keep people in for chronic long-term care are a shame to the country.

What is your opinion? Do you think the proposed Act does penalize user fees for long-term chronic care? If it does not, why have you not suggested it be covered?

Ms Harding: I think the answer to your question is no, it does not ban those. In fact, as I understand it, those user fees are specifically excluded from the definition of Clause 22.(b).

Mr. Allmand: If you read the definition of "hospital services"...

Ms Harding: It is specifically excluded.

Mr. Allmand: No, it is included. It says:

"hospital" includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care...

That is why I am confused.

• 1645

Ms Harding: I think there has to be a differentiation in understanding these in terms of chronic care, in terms of specific medically necessary procedures in chronic care, in terms of long-term services that are health-related but are not necessarily medically necessary services. The provinces tend to look at that—and I believe it is defined in the Act—in terms of it being associated with custodial care; and that has a very specific user fee applied to it.

Mr. Allmand: I used to be in charge of penitentiaries. We did not charge anybody, and they were in custodial care.

Ms Harding: That is one of the grave inequalities we are going to have to put on the agenda, perhaps.

However, your question is valid. We in fact do believe there has to be inclusion of chronic care. We do have to set some priorities and come to some consensus about exactly what components of the services, be they medical or whatever, must be provided and to what a user fee must be applied. Certainly the coalition is very, very concerned that under the proposed Canada Health Act the definition of a user fee is the equivalent to what was an authorized user fee under the Medical Services Act, and at this point, as I understand it in this Act, it allows the provincial health insurance plan to define what are now unauthorized user fees. In fact, it gives the provinces a fair amount of discretionary power; which we view with grave concern—certainly in Ontario we view it with grave concern.

We think we do have to move our system in a direction that allows us to provide for those services in a way that does not absorb an unnecessary or inappropriate amount of health resources. Certainly one of the major points we would want to make—and perhaps it is one of the major criticisms we would

[Translation]

institutionnels alors que certains des établissements privés où sont hospitalisés à long terme des personnes atteintes de maladies chroniques, sont une honte pour le Canada.

Qu'en pensez-vous? Estimez-vous que le projet de loi pénalise par l'imposition de frais modérateurs les patients atteints de longues maladies chroniques? Dans la négative, pourquoi n'avez-vous pas proposé cette éventualité?

Mme Harding: Je crois que la réponse à votre question est négative, il n'y a pas d'interdiction. En fait, d'après mon interprétation, ces frais modérateurs sont précisément exclus de la définition de l'alinéa 22b).

M. Allmand: Si vous lisiez la définition de «services hospitaliers»...

Mme Harding: C'est précisément exclu.

M. Allmand: Non, c'est inclus. Je cite:

«hôpital» sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment des soins aux convalescents ou aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique...

C'est pourquoi je ne comprends pas très bien.

Mme Harding: Je pense qu'il faut établir une différence par rapport aux maladies chroniques, aux traitements spécifiques qu'elles exigent, aux services offerts à long terme, qui sont liés à la santé sans être médicalement nécessaires. Les provinces ont tendance à considérer cela—et je pense que c'est défini dans la loi—en l'associant aux soins de garde; et à cela s'applique un ticket modérateur très précis.

M. Allmand: J'étais autrefois responsable des pénitenciers. Nous ne faisons payer personne alors qu'il y avait des soins de garde.

Mme Harding: C'est l'une des graves injustices qu'il nous faudra peut-être inscrire à l'ordre du jour.

Votre question est cependant valide. En fait, nous pensons qu'il faut inclure les soins aux malades chroniques. Nous devons fixer certaines priorités et en arriver à un consensus sur les composantes des services médicaux ou autres à assurer, pour déterminer dans quels cas les frais modérateurs doivent s'appliquer. Notre association se préoccupe beaucoup du fait qu'en vertu du projet de loi canadienne sur la santé, la définition de frais modérateurs est équivalente à ce qui était un frais modérateur autorisé en vertu de la Loi sur les soins médicaux, et d'après mon interprétation, cette loi autorise le Régime provincial d'assurance-maladie à définir ce que sont actuellement les frais modérateurs non autorisés. En fait, les provinces disposent par là d'un très grand pouvoir discrétionnaire, ce qui nous préoccupe grandement, et certainement dans le cas de l'Ontario.

Nous pensons devoir orienter notre système de façon à pouvoir offrir ces services sans absorber une quantité inutile ou inappropriée de ressources médicales. Nous tenons surtout à dire, et c'est peut-être l'une des principales critiques que nous pouvons faire du projet de loi, qu'essentiellement il entérine le

[Texte]

make of the Bill—is that it basically enshrines the past; it enshrines the status quo; and it does not provide us with sufficient opportunities to evolve the system and to amend the system. We are looking for those opportunities, and we are hoping some of the amendments that we propose will open those opportunities. But we also recognize that a transition is needed; that there is a matter of transfer of resources that must occur; and we are going to have to do a lot of convincing, for example, to transfer resources that are now lodged perhaps in the hospital system out into other systems. The hospitals will defend their turf, which is what we expect them to do, but we also expect them to understand that change is necessary in our system and that we are quite determined to make those changes.

Mr. Allmand: Okay. Maybe that was enough, because I have another question and we are very limited. I think your colleague answered very fully.

I fully support the Bill, and the principles of the Bill, but the question arises, how do we make sure that our doctors are fairly treated, and compensated fairly. I do not know if you were in the room this morning when the CMA were here. They said if we proceed with the Bill we should introduce an amendment to ensure that they have the rights to collective bargaining in terms similar to the Public Service Staff Relations Act. They said they were soon to be replaced in compensation as a profession by the dentists, but they both have a long way to go to catch up with hockey players. How do we ensure, to be fair to our doctors, that they do get properly compensated within a society that believes in professional freedom and so on and still maintain what we want to do here, have a sound medicare system?

Dr. Stock: I think it is really important for physicians to have a fair income, and that has to happen through negotiation with the provincial governments; and that is a much fairer way than charging individual patients. The money for that has to come out of the general health care money. I agree that we need fair collective bargaining approaches and that some system for that has to happen, but much like other occupational groups, that needs to be the way it would go. Eliminating extra-billing does not mean that we cannot be fair to doctors.

• 1650

Mr. Allmand: They said though, if you eliminate it and they do not have some assurance that they will be given bargaining rights—you have their brief, I cannot recall the exact terms—then they are left in a situation where they have no bargaining power at all. And they want some assurance that they are going to have it.

Ms Harding: We would challenge the notion that they have no bargaining power. I was fascinated by the argument this morning.

We would point out that the doctors currently engage in collective bargaining. They have one of the strongest unions I have ever come across anywhere in the world. The problem we

[Traduction]

passé, le statu quo, sans nous offrir suffisamment de possibilités pour faire évoluer et modifier le système. Nous recherchons ces possibilités et nous espérons qu'il s'en présentera grâce aux modifications que nous proposons. Mais nous reconnaissons aussi qu'une transition s'impose, de même qu'un transfert de ressources sur lequel nous devons beaucoup insister afin que les ressources qui se trouvent déjà peut-être dans le système hospitalier passent à d'autres systèmes. Les hôpitaux défendent leur terrain, nous nous y attendons, mais nous nous attendons aussi à ce qu'ils comprennent que notre système doit changer, et que nous sommes décidés à apporter ces changements.

M. Allmand: Très bien. C'est suffisant peut-être, car j'ai une autre question et nous sommes très limités. Votre collègue m'a donné une réponse très exhaustive.

J'appuie pleinement le projet de loi ainsi que les principes qui le fondent, mais cette question se pose: comment nous assurer que nos médecins soient bien traités et justement indemnisés? Je ne sais pas si vous étiez ici dans la salle ce matin lorsque l'AMC a comparu. Elle a dit que si nous adoptons le projet de loi, nous devrions y ajouter une modification assurant que les médecins ont le droit à la négociation collective selon des modalités semblables à celles de la Loi sur les relations de travail dans la Fonction publique. À propos de salaires, les médecins ont dit que leur corporation serait bientôt remplacée par celle des dentistes, mais ces deux groupes ont encore beaucoup à faire avant de rattraper les joueurs de hockey. Comment nous assurer de bien traiter nos médecins, afin qu'ils soient bien payés dans notre société qui croit en la liberté professionnelle, et ce tout en ayant un bon régime d'assurance-maladie?

Dr Stock: Il me paraît vraiment important que les médecins aient un bon revenu, ce qui peut se faire en négociant avec les gouvernements provinciaux, ce qui est beaucoup plus juste que de faire payer les patients. L'argent nécessaire doit provenir de la caisse générale relative aux soins médicaux. Je pense aussi que nous avons besoin d'un bon processus de négociations collectives qu'il faudra mettre au point, tout comme il en existe dans les autres professions. Supprimer la surfacturation ne signifie pas que nous ne pouvons pas être justes envers les médecins.

M. Allmand: Ils ont cependant dit que si on la supprime et qu'ils n'ont pas l'assurance de se voir conférer certains droits de négociations—vous avez leur mémoire, je ne me souviens pas des termes exacts—they se retrouvent dans une situation telle qu'ils n'ont aucun pouvoir de négociations. Ils veulent être assurés justement d'en avoir.

Mme Harding: Nous contestons leur postulat selon lequel ils n'ont aucun pouvoir de négociations. J'ai été fascinée par cet argument ce matin.

Il faudrait donc, selon nous, que les médecins entament actuellement la négociation collective. Leurs syndicats sont les plus puissants que j'ai jamais connus au monde. Le problème

[Text]

have with their notion of collective bargaining is that they expect the public to adhere to an agreement to which they have no commitment. Let me use Ontario as an example: The fee schedule is negotiated with the physicians. And by the way, the exact fee allocated to various procedures, which is a major complaint by the doctors, is decided by the Medical Association and not by the Government of Ontario. We simply endorse their suggestions.

However, what we find is that we will negotiate something and they still retain their notion of their right to extra-bill. So they in fact negotiate an agreement and opt out at will. We do not consider that a contract. We consider that to be giving them perhaps a much greater privilege than any other worker in our society, and I see no good reason for it. Certainly we support, absolutely, their right to collective bargaining, but it better be in good faith. When we come to an agreement, we will live by that agreement. We do not break that agreement at will without adequate justification, and to date they have not had adequate justification for that.

The Vice-Chairman: Thank you.

Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman, and might I commend the witnesses before us this afternoon for their ability to articulate the problems fairly concisely and very clearly.

Having said that, I am concerned with a problem of approach. It is indicated and has been indicated by most witnesses appearing before us that there are several shortcomings to the bill itself. By whatever terms, you have indicated that there is a necessity of restructuring the system, and an early desire for that restructuring of the system. So for the benefit of all around, might I piggyback on Mr. Blaikie's comment. I would point this out to you. Considering the way things get done around here—and recognizing, if you would, the passage of Bill C-3—this reform of the system might be a long time coming and the restructuring you are talking about could readily be a long time off.

We have heard from various witnesses as well, including the great jurist, Mr. Justice Emmett Hall, to the effect that there is no immediate present crisis, and I recognize the representative from the Province of Nova Scotia saying, sometime soon. The erosion of this system is not so critical now that we have to react now. Do you still put, as a priority of your concern here this afternoon, the passage of Bill C-3 over a restructuring of the system, which is also necessary?

Ms Kotani: In response to that, Mr. Chairman, I think the intent of the Canadian Health Coalition is to suggest that we would like to see quick passage of this act to deal with precisely the two issues that we believe are very critical to medicare; that is, to deal with the issue of extra-billing and to deal with the issue of user fees. At this point, what we would be looking for is enough room within the legislation to allow us to continue our discussions about expanding our definition of health care, of looking at including other people as insured health care deliverers and of moving perhaps more toward a

[Translation]

quant à leur notion de négociations collectives, c'est qu'ils s'attendent à ce que le public s'en tienne à un accord auquel il n'a pas participé. J'utiliserai l'exemple de l'Ontario. Les honoraires sont négociés avec les médecins. D'ailleurs, les honoraires exacts attribués aux divers actes—ce qui représente la principale plainte des médecins—est décidée non pas par le gouvernement de l'Ontario mais par l'Association des médecins. Nous ne faisons qu'endosser leurs suggestions.

Cependant, nous constatons que nous négocierons quelque chose alors qu'ils continueront à penser à leur droit à la surfacturation. Ils négocient donc une entente pour s'en retirer à volonté. Nous ne considérons pas cela comme un contrat. En effet, nous leur donnons par là peut-être un privilège beaucoup plus grand que toute autre profession, ce qui ne se justifie nullement. Nous appuyons totalement leur droit à la négociation collective, mais il vaudrait mieux que les choses soient faites de bonne foi. Lorsque nous en arrivons à un accord, nous voulons nous y tenir. Nous ne le rompons pas à volonté sans justification suffisante, et jusqu'à présent rien n'a justifié vraiment qu'ils le fassent.

Le vice-président: Merci.

Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président, et je voudrais remercier les témoins de cet après-midi qui ont si bien précisé les problèmes, de façon très concise et très claire.

Cela étant dit, je me préoccupe d'un problème d'approche. On a dit, comme la plupart des témoins qui ont comparu devant nous, que ce projet de loi présente en soi plusieurs lacunes. Vous avez parlé de la nécessité de restructurer le système, et d'une volonté déjà ancienne d'y parvenir. Dans l'intérêt de tout le monde, je me permettrai peut-être de reprendre l'argument de M. Blaikie. Je vous dirai ceci. En considérant la façon dont les choses se déroulent ici, et en tenant compte, si vous voulez, de l'adoption du bill C-3, cette réforme du système pourrait demander beaucoup de temps, de même que la restructuration dont vous parlez.

Divers témoins, dont l'éminent juriste, M. le juge Emmett Hall, nous ont dit que la crise n'est pas imminente, et j'admets que le représentant de la Nouvelle-Écosse ait dit qu'elle se présentera bientôt. L'érosion du système n'est pas si critique maintenant que nous devons y réagir tout de suite. Qu'est-ce qui vous paraît plus urgent cet après-midi, l'adoption du bill C-3 ou une restructuration du système qui s'impose aussi?

Mme Kotani: Je dirais en réponse, monsieur le président, que l'intention de la *Canadian Health Coalition* est de suggérer qu'il faudrait faire rapidement adopter cette loi afin de régler les deux questions qui nous paraissent très critiques au régime d'assurance-maladie; je veux parler de la question de la surfacturation ainsi que des frais modérateurs. Il faudrait que la loi soit suffisamment souple pour nous permettre de poursuivre nos discussions sur l'expansion de notre définition des soins médicaux, pour inclure peut-être d'autres personnes se chargeant de la prestation des services de santé assurés, et

[Texte]

more preventative model. We are going to take things one step at a time, so to speak, and go quickly past this. Let us deal with the issue of extra billing and user fees and please leave us room to continue the discussion on a movement toward prevention.

• 1655

To just pick up on the issue of extra billing and user fees, these are grave issues in my province. The rate that the province gives is about 5% of medical services extra billed. It took a number of investigations on the part of the newspaper in Edmonton to come up with the facts that substantiated the government's position, to have that information released, but nevertheless the amount that is being extra billed is really quite severe.

Just before I left Edmonton I received a call from a woman who was a recent immigrant and had been unemployed for two years. She required surgery and signed a release thinking that she was giving permission for the surgery, when in fact she was signing a bill that said she would pay \$300 extra. It took a number of weeks to get that resolved. The doctor's final position was: Well, you can pay it on the basis of paying a couple of dollars a month to work off that \$300. This woman did not have any money. That is a very critical situation and I think it merits the quick attention of the government.

The Vice-Chairman: Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): I thought there was the indication of a signal there.

Ms Harding: I would just like to add that probably what is unique about our group from many others that may be appearing before you is that we came together. A lot of citizens across Canada came together in 1979 very specifically because of the increase in practice and in threat of user fees and extra billing. So we have been waiting three or four years. When you ask, what are the priorities, obviously a piece of legislation that will assure that the principles of medicare will not be eroded is very important to us first.

We have come with other priority concerns. We thought it was important to express them because citizens are telling us about them all the time, such as health prevention, community health care and so on. If you cannot incorporate that into amendments of legislation within a short time period, then we are very interested in hoping at the same time you may set up other mechanisms so that we can seriously, as consumers and providers and different levels of government, sit down and start looking at addressing these other issues. Just how can we assure chronic care beds, for example? Is it feasible and just how important is it over other things?

[Traduction]

s'orienter vers un modèle plus préventif. Nous allons prendre les choses une à la fois, pour ainsi dire, pour passer rapidement à l'étape suivante. Traitons d'abord de la question de la surfacturation et du ticket modérateur de façon à ce que nous puissions continuer le débat et enchaîner sur la prévention.

Pour ce qui est de la surfacturation et des frais modérateurs, voilà de graves problèmes qui préoccupent la population de ma province. D'après la province, il y a environ 5 p. 100 de surfacturation pour ce qui est des soins médicaux. Il a fallu que le journal d'Edmonton fasse un certain nombre d'enquêtes afin de trouver les faits qui plaident en faveur de cet argument du gouvernement, afin que tous ces renseignements soient rendus publics, mais néanmoins, le montant de surfacturation est tout de même sérieux.

Tout juste avant de partir d'Edmonton, j'ai reçu un appel téléphonique d'une femme récemment immigrée et au chômage depuis deux ans. Elle avait besoin de chirurgie et a signé ce qu'elle croyait être une formule d'autorisation à cet effet; en vérité, elle signait un contrat promettant de payer un montant supplémentaire de 300\$. Il a fallu quelques semaines pour résoudre ce malentendu. En bout du compte, l'attitude du médecin a été la suivante: «Bon, vous pouvez toujours payer 2 ou 3\$ par mois jusqu'à concurrence de 300\$». Cette femme n'avait pas du tout d'argent. C'est une situation sérieuse qui mérite la pleine attention du gouvernement.

Le vice-président: Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Je croyais qu'on signalait quelque chose.

Mme Harding: J'aimerais ajouter que ce qui différencie peut-être notre groupe de plusieurs autres qui comparaitront peut-être devant vous, c'est que nous nous sommes retrouvés ensemble. Beaucoup de citoyens à travers le Canada se sont réunis en 1979 très précisément à cause d'un recours sans cesse croissant à la surfacturation et au ticket modérateur, deux pratiques qui ne menaçaient que de croître. Nous attendons donc depuis deux ou trois ans. Lorsque vous nous demandez quelles sont les priorités, de toute évidence c'est une loi qui nous assurera que les principes de l'assurance-santé ne subiront pas d'érosion. Voilà qui est le plus important pour nous.

Nous avons cependant d'autres priorités aussi. Nous avons cru qu'il était important de les faire connaître, car nos concitoyens ne cessent de nous en saisir, comme la prévention, les soins communautaires et ainsi de suite. Si on ne peut s'arranger pour retrouver tout cela dans des modifications qu'on pourrait apporter à la loi en très peu de temps, nous espérons tout de même que vous en profiterez pour créer d'autres mécanismes de façon à ce que nous puissions sérieusement, en qualité de consommateurs, de fournisseurs de ces services et de gouvernements, à différents niveaux, afin que nous puissions tous nous asseoir, dis-je, pour essayer de commencer à résoudre ces autres problèmes. Comment fait-on pour assurer qu'il y aura suffisamment de lits pour patients en soins chroniques, par exemple? Cela peut-il se faire et quelle est l'importance de cette question par rapport à toutes les autres?

[Text]

We really hope that in time we will have a national piece of legislation that will honestly address the preamble in the Act that we have before us today.

Mr. Reid (St. Catharines): Mr. Chairman, I would place among the priorities of my concern a reluctance to see a withdrawal of services on the part of the medical practitioners, so that when I hear people talk in terms of right—and I look at your proposed restructuring of the system—talk in terms of the right of all people to good health, the right of all people to effective participation in health decisions as well as the right of all people to health care, the last one of which I have no hesitancy in adopting, the others carry responsibilities with them that might be beyond your control and mine too. Rights or benefits carry the responsibilities of adhering to health measures, dietetic controls.

How would you propose in those instances to regulate responsibility to go with those rights? Then I want to, just in case the Chair cuts me off, come back to the position of the right—and I have heard the comment made that the unions of doctors, whatever, in Saskatchewan and other provinces, allow the withdrawal of services? How in the world do we protect those persons in places of need, give them the accessibility of medicare when they need it?

I am talking about responsibility on the part of the public, responsibility on the part of the doctors, but giving the doctors a fair break out of all this.

• 1700

Ms Harding: I think we would look at a number of things. The issue is how do we regulate responsibility? Well, perhaps we cannot necessarily regulate all kinds of responsibilities but we certainly have the capability to assume responsibility in our society and we have to be encouraged, not only encouraged but provided the opportunities to exercise that responsibility. One of the great concerns we have had, and is an example that the medical associations will use, is the issue of lifestyle-related illness. We recognize that there are many, many illnesses that are under the control of individuals. But we also recognize that there are many "lifestyle" factors that are not under individual control. I think we need to identify what those are and then we need to develop some strategies that will allow us to deal effectively with them; and sometimes they need public education. They need the education of individuals as to nutrition, for example, having balanced diets, but then we also have to recognize that having balanced diets and leading healthful lives is an expensive undertaking in North America. We therefore have to recognize that there is also a collective responsibility there.

How do we help people to have balanced diets and to engage in healthful activities when they do not have adequate income to do that? That is why at the very beginning we talked about the relationship between our health and our social and our

[Translation]

Nous espérons vraiment qu'en temps opportun il y aura une loi nationale découlant du préambule du projet de loi que nous avons devant nous aujourd'hui.

M. Reid (St. Catharines): Monsieur le président, une de mes priorités serait de voir à ce que les praticiens des sciences médicales ne puissent refuser leurs services, car lorsque j'entends les gens parler de droit, et j'étudie votre restructuration proposée pour le système, ils parlent du droit de tous à la bonne santé, du droit de tous à une participation efficace aux décisions concernant la santé, sans oublier le droit de tous aux soins médicaux et, soit dit en passant, je n'ai aucune hésitation à propos de ce dernier droit, mais il ne faut pas oublier que les autres droits sont aussi assortis de responsabilités qui pourraient nous échapper, à vous comme à moi. Les droits signifient aussi qu'on a la responsabilité de se conformer à certaines normes de santé, à certains contrôles diététiques.

Comment, dans ces cas-là, proposeriez-vous de réglementer cette responsabilité qui va de pair avec ces droits? Avant que le président ne me coupe la parole, j'aimerais tout simplement faire un retour sur ce qu'on disait à droite... et j'ai entendu parler de syndicats de médecins en Saskatchewan et ailleurs et il est aussi question que ces derniers pourraient refuser leurs services! Comment faisons-nous donc alors pour protéger ces gens qui ont besoin de ces services, comment peut-on leur garantir l'accès aux soins de santé lorsqu'ils en ont besoin?

Je parle d'une responsabilité collective qu'a le public, d'une responsabilité qu'ont les médecins, mais il faut aussi traiter équitablement les médecins dans toute cette affaire.

Mme Harding: Je crois qu'il nous faudrait étudier un certain nombre de choses. Tout d'abord, comment faisons-nous pour édicter des règlements sur la responsabilité? Enfin, peut-être ne peut-on pas nécessairement réglementer toutes sortes de responsabilités, mais notre société nous permet certainement d'assumer une certaine responsabilité et nous devons être encouragés en ce sens, non seulement encouragés, mais il faut aussi qu'on nous donne l'occasion d'exercer cette responsabilité. Une de nos grandes préoccupations, et c'est là un exemple dont se serviront les associations médicales, c'est toute la question de ces maladies qui sont reliées au mode de vie. Nous savons qu'il y a bien des maladies que les gens pourraient éviter. Nous savons aussi qu'il y a bien des facteurs dépendant du «mode de vie» qui ne sont pas du ressort chaque personne. Je crois qu'il nous faut essayer de savoir de quelles maladies il s'agit pour ensuite trouver certaines stratégies qui nous permettront de les vaincre; il nous faut aussi parfois faire l'éducation du public. Il faut apprendre certaines données aux gens sur la nutrition, par exemple, toute la question de régimes équilibrés, mais il nous faut aussi reconnaître que pour avoir un régime équilibré et mener une vie saine, ça coûte cher en Amérique du Nord. Il nous faut donc reconnaître qu'il y a aussi une responsabilité collective à ce niveau.

Comment faire pour que les gens jouissent d'un régime équilibré et d'activités saines quand ils n'ont pas de revenu adéquat pour ce faire? Voilà pourquoi, au tout début, nous avons parlé de la relation qui existe entre notre santé et nos

[Texte]

economic policies. We cannot deal with each section of this policy in isolation. We do have to view our society as a whole and recognize the relationships, the interrelationships, between the factors in that society and learn how to deal with them. They are not going to be easy and I think you will hear a lot of discussion on the issue of the viability and the effectiveness of various strategies, both in terms of traditional medical strategies and health promotion strategies.

Mr. Johnson: And if I could just add, Mr. Chairman . . .

The Vice-Chairman: Very quickly, Mr. Johnson.

Mr. Johnson: Okay. The traditional model of consumer is as a passive receiver of service. What we are advocating is an active role in the organization and delivery of service. There is research to suggest in the community clinics that when that takes place, the services that are set up are more appropriate and help to more adequately address health care needs. So they are very much related; consumer participation and a higher level of health care, as stated.

The Vice-Chairman: Thank you.

Madame Killens.

Mme Killens: Merci, monsieur le président.

Pour commencer, j'ai beaucoup de respect pour les groupes de consommateurs, car je sais que plusieurs d'entre vous travaillent bénévolement pour cette cause, et je vous en félicite.

Il est vrai que le projet de loi C-3 ne prétend pas corriger toutes les lacunes, mais il cherche à éliminer deux injustices: la surfacturation de la part des médecins et les tickets modérateurs des hôpitaux.

Nous avons tout récemment découvert que le Règlement n° 20, publié dans la Gazette officielle du Québec, permet, après 90 jours, une surcharge d'hébergement pour les patients en soins prolongés, ce qui me porte à préciser la question de M. Allmand à propos des soins prolongés.

Ces soins ne sont pas des soins chroniques. Ce n'est pas du tout la même chose. Au Québec, les patients en soins chroniques se voient imposer des frais d'hébergement, ce qui est normal, car ils y habitent en permanence. On s'y attend donc pour eux, mais pas pour les personnes en soins prolongés.

La question que je poserai s'adresse particulièrement à M. Adam.

• 1705

La semaine dernière, M^{me} Bégin a fait du tapage au Québec, des lignes ouvertes et des conférences de presse, parce qu'elle-même ne l'a appris qu'il y a une semaine ou deux. À ce moment-là, est-ce que les consommateurs du Québec savaient déjà que cela se passait?

M. Adam: Monsieur le président, pour nous, consommateurs du Québec, cette révélation a également été une découverte.

[Traduction]

politiques sociales et économiques. Nous ne pouvons traiter de chaque partie de cette politique isolément. Il nous faut voir notre société dans sa globalité pour reconnaître les relations, les interrelations, qui existent entre les divers facteurs dans cette société et il nous faut aussi apprendre comment les apprivoiser. Ce ne sera pas tâche facile et je crois que vous entendrez beaucoup débattre de la question de la rentabilité, de l'efficacité de toutes sortes de solutions, qu'il s'agisse des solutions médicales traditionnelles et des solutions de promotion de la santé.

M. Johnson: Si vous me permettez tout simplement d'ajouter, monsieur le président . . .

Le vice-président: Très rapidement, monsieur Johnson.

M. Johnson: Parfait. Le modèle traditionnel du consommateur, c'est celui d'un récepteur passif d'un service. Ce que nous prônons, c'est un rôle actif dans l'organisation et la prestation du service. Selon certaines recherches, lorsque cela arrive dans certaines cliniques communautaires, les services créés sont plus pertinents et visent plus directement les besoins créés par certains problèmes précis. Tout cela est donc très lié; comme il a été dit, participation du consommateur et soins de santé à un niveau plus élevé.

Le vice-président: Merci.

Mrs. Killens.

Mrs. Killens: Thank you, Chairman.

To start with, I have a lot of respect for consumer groups because I know that many of you are working as volunteers for this cause and I congratulate you for it.

It is true that Bill C-3 does not pretend to correct all the problems but it is trying to eliminate two unjust practices: extra billing by doctors and user fees by hospitals.

Recently, we have discovered that Regulation No. 20 published in the Quebec official *Gazette* provides for, after 90 days, extra stay charges for prolonged care patients, which brings me to make a clarification concerning Mr. Allmand's question on prolonged care.

Prolonged care is not chronic care. It is not the same thing at all. In Quebec, chronic care patients have to pay staying fees, which is normal, because they are staying there permanently. So it can be expected for them, but not for those people who need prolonged care.

My question here would be more specifically addressed to Mr. Adam.

Last week, Mrs. Bégin made a lot of noise in Quebec on open lines and with press conferences because she only heard of that herself a week or two ago. At that point, did the Quebec consumers already know what was going on?

Mr. Adam: Mr. Chairman, for Quebec consumers, this revelation was also a discovery. It was really something completely new to us.

[Text]

C'était réellement quelque chose de complètement nouveau pour nous.

Une voix: Ils l'avaient bien caché, n'est-ce pas?

M. Adam: C'est en lisant les journaux, surtout en fin de semaine, lorsqu'on a parlé de montants exorbitants comme 59 millions de dollars, qu'on a appris la nouvelle. Auparavant, nous ne savions pas qu'il y avait des tickets modérateurs au Québec.

Mme Killens: Je sais, monsieur Adam, que vous êtes au comité de direction depuis peu de temps, mais savez-vous si les consommateurs du Québec sont mieux ou moins bien servis que les autres? Avez-vous pu faire des comparaisons avec vos collègues?

M. Adam: Il est reconnu nationalement, du moins par ceux qui ont certaines connaissances au niveau de l'assurance-santé, que le Québec, en ce moment, a ce qu'on peut appeler le meilleur régime en Amérique du Nord. Malgré toutes les lacunes qu'il peut y avoir, dont celle qu'on vient de découvrir, je crois sincèrement qu'en ce moment, c'est réellement le meilleur régime qu'il puisse y avoir au Canada.

Mme Killens: Puis-je poser une autre question, monsieur le président?

Le président: Oui.

Mme Killens: Vous savez évidemment que la plupart des changements que vous préconisez nous obligerait à des négociations fédérales-provinciales. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui nous a présenté un mémoire, préconisait une redistribution des responsabilités pour diminuer les coûts: certains services pourraient être dispensés dans des centres commerciaux, dans des centres communautaires, etc. Peut-être qu'on pourrait ainsi mieux rationaliser nos dépenses. Vous dites que vous aimeriez approfondir... Moi, en tout cas, j'aimerais approfondir le concept du mécanisme que vous aimeriez établir afin que nous puissions transmettre votre point de vue au ministre, M^{me} Bégin. En anglais vous dites:

We would like to petition the Minister.

J'aimerais donc que vous élaboriez:

How you would like to petition the Minister, if ever you have a chance.

M. Adam: Malheureusement, je n'ai pas la réponse, vu que c'est tout nouveau pour moi. C'est un concept dont nous avons l'intention de discuter plus à fond au sein de la coalition, pour pouvoir arriver avec quelque chose de plus précis si jamais nous avons l'occasion de présenter à la ministre nos idées sur ce concept-là.

Ms Hegan: I think we wanted to suggest a concept, and we do not have all the mechanisms totally in place in our mind, that in monitoring the enacting of this bill, consumer groups, as well as provinces could file their cases with the Minister, and that they would be looked into. I can see that you may want to collect a number of cases and look into them. What we are learning when we are talking to citizens is that they have

[Translation]

An hon. Member: They had really hidden it well, would you not say?

Mr. Adam: It was while reading the papers, especially during the week-end, when there was talk of exorbitant amounts such as \$59 million, that we learned all about this. Before that, we did not know there were user fees in Quebec.

Mrs. Killens: I know, Mr. Adam, that you have been on the board only a short while, but do you know if Quebec consumers are better served or less well served than the others? Have you managed to compare any notes with your colleagues?

Mr. Adam: It is recognized nationally, at least by those who have some knowledge of health insurance, that Quebec, at this time, has what could be called the best plan in North America. Despite whatever problems might exist, including the one that has just been discovered, I sincerely believe that at this time it is really the best plan that you can find in Canada.

Mrs. Killens: Could I put another question, Chairman?

The Chairman: Yes.

Mrs. Killens: You of course know that most of the changes that you are suggesting would lead us to federal-provincial negotiations. The Canadian Nursing Association, in their brief to us, suggested a redistribution of responsibilities to diminish costs: some services could be dispensed in shopping centres, community centres, etc... Perhaps we could thus better rationalize our costs. You say that you would prefer an in depth investigation of this... I for one would like to know more about the kind of mechanism you would like to establish so that we might make known your point of view to the minister, Mrs. Bégin. I am now quoting you:

Nous voudrions adresser une pétition au ministre.

I would like to hear you elaborate on this:

Comment entendriez-vous présenter une pétition au ministre, si jamais vous en avez l'occasion?

Mr. Adam: Unfortunately, I do not have that answer because all this is quite new to me. It is a concept we intend discussing further within the coalition to be able to come up with something more specific if ever we had the opportunity to present our ideas to the minister on that.

Mme Hegan: Je crois que nous voulions plutôt mettre de l'avant un concept et nous n'avons pas pensé à tous les mécanismes qu'il faudrait mettre en place; pour contrôler la mise en vigueur de ce projet de loi, les groupes de consommateurs tout aussi bien que les provinces pourraient faire connaître leurs cas au ministre pour ensuite demander qu'on étudie la chose. Peut-être voudra-t-on colliger un certain

[Texte]

personal experiences. We do not know how your information system between the federal government and the provinces is going to work exactly, so our feeling was, if we could have a way of filing individual cases, or groupings of individual cases as well, that this may add information at the federal level, and that there would be some guarantee, I suppose that if cases started to mount in a province, that they would be looked at. That is what we are asking for.

Mrs. Killens: Thank you, Mr. Chairman.

• 1710

Mme Killens: Merci, monsieur le président.

Le vice-président: C'est ça?

We go to the second round now, Mr. Epp.

Mr. Epp: Mr. Chairman, thank you for calling on me. I think my questions have been answered.

The Vice-Chairman: Dr. Halliday. Oh, I am sorry, Dr. Halliday. Mr. Allmand was out. I will go to Mr. Allmand, on the second round.

Mr. Allmand: Thank you.

I wanted to deal with the part of your brief where you say:

It is our recommendation that insured services should include services which promote, conserve and restore health, prevent illness, injury, disability, and promote supportive care when health is deteriorating.

We have had many criticisms of bills around this Parliament because they tried to do too many things. You know, the omnibus bill. It would seem to me, while I fully support all those things, to put all that in one bill would be almost impossible and some of the definitions would be very difficult to legislate.

I might say that what you seem to be suggesting is in fact now the mandate of the Department of National Health and Welfare and the Minister. Many of those things are now being done in the department through various programs. We have Fitness and Amateur sport; we have the anti-tobacco campaign; we have the alcohol, drug and hypertension unit in the Department of National Health and Welfare; we have Nutrition Canada. In other words, the mandate of the Minister... Maybe that could be improved upon, and when we deal with estimates in this committee we examine every one of those programs to see if they are overfunded, underfunded, and we criticize them.

That may be a better way to proceed, rather than trying to put everything in this act. As I say, some of these things are being done right now. By the way, I am only talking about the federal level. The provinces have their own Ministers of Health and they have mandates as well. I just wanted to mention that.

[Traduction]

nombre de cas pour les étudier. Ce que nous apprenons lorsque nous parlons à nos concitoyens, c'est que beaucoup d'entre eux ont vécu des expériences personnelles. Nous ne savons pas exactement comment le système d'échange d'informations entre les gouvernements fédéral et provinciaux va fonctionner au juste et nous avons donc pensé que si nous avions un mécanisme nous permettant de monter des dossiers sur des cas individuels ou sur certains groupes de cas individuels que, ma foi, cela pourrait se révéler un complément d'informations au niveau fédéral et qu'il y aurait une certaine garantie, j'imagine, que si le nombre de cas augmentait dans une province, quelqu'un serait alors saisi de la question. Voilà ce que nous cherchons à obtenir.

Mme Killens: Merci, monsieur le président.

Mrs. Killens: Thank you, Mr. Chairman.

The Vice-Chairman: Is that it?

Monsieur Epp, vous avez la parole pour le deuxième tour.

M. Epp: Je vous remercie monsieur le président, mais on a déjà répondu à mes questions.

Le vice-président: Monsieur Halliday. Je m'excuse. M. Allmand avait quitté la salle, mais c'est à vous, la parole, monsieur Allmand.

M. Allmand: Merci.

Vous dites ce qui suit dans votre mémoire:

Les prestations assurées devraient comprendre les prestations susceptibles de promouvoir, de conserver et de rétablir la santé, d'empêcher la maladie, les blessures et l'invalidité et d'assurer les soins lorsque la santé flanche.

On a beaucoup critiqué les projets de loi qui cherchaient à trop faire, comme notamment les bills omnibus. Bien qu'il s'agisse d'objectifs en principe louables, je ne pense pas qu'on puisse les inclure tous dans le cadre d'un seul projet de loi.

Certaines de ces mesures sont d'ailleurs d'ores et déjà mises en oeuvre par le ministère de la Santé et du Bien-être dans le cadre de ces différents programmes. Nous avons notamment le programme de santé et de sport amateur, la campagne contre le tabac, le service de lutte contre l'alcool, les drogues et l'hypertension et le service de la nutrition. Au moment de l'étude du budget du ministère, le Comité examine les différents programmes pour déterminer s'ils disposent ou non de suffisamment de crédits, et éventuellement pour les critiquer.

Je ne pense donc pas qu'on puisse tout inclure dans la loi, et d'ailleurs comme je viens de l'expliquer, certaines de ces mesures sont d'ores et déjà appliquées. Vous remarquerez d'ailleurs que je n'ai mentionné que les activités fédérales, alors que les provinces assurent également différents services dans le domaine de la santé. Tout ceci pour vous dire que je

[Text]

I am a person who is very much concerned about preventive medicine and all sorts of activities to promote health.

The other thing that you suggest, that a mechanism should be put into the bill by which consumer groups can petition the Minister of Health, again I wonder whether that is really necessary. You can petition the Minister at any time. Any good minister should receive, in my opinion, your coalition into his office on a regular basis. If he does not, in this Parliament all you have to do is just let the opposition know. Send your letter of request and send copies to the opposition, not only the opposition, but other Members of Parliament. Generally speaking, I think a minister who is concerned at all will see you several times.

So though I fully support those things, I would not want to see our legislation, this bill, held up to put in those other things that I already believe are in the mandate of the Minister and are being funded to a certain extent already.

The biggest gap I see is in the provision of capital resources for upgrading and providing new institutions, and I get back to chronic care too. Also I think, as far as the federal level is concerned, you should be able to see a minister almost on a regular basis, I would think. You might comment on that.

Ms Harding: I think we would point out to you that the suggestion of a definition of an insured service should reflect an attitude and an approach to the development of strategies to improve our health and our wellbeing. That is what we are trying to say. You said that, for example, some activities of this are part of the department's activities. That is quite true, but they are perhaps not comprehensively available across the country and the attitude that we want to be reflected is not reflected in the current act which really, despite the preamble...

Mr. Allmand: In the current bill, or the act?

Ms Harding: Bill C-3, despite the preamble which we view as quite excellent, with the exception of one word on the second page—we do not believe in the notion of undue financial barriers—is not reflective of this.

• 1715

You talk about the purpose of our health care as being to restore and promote health and prevent illness; but it is not reflected consistently all the way through. What we are trying to suggest is a mechanism or a definition which allows us to do what we are doing now and which allows us to evolve a system in the future. So we are trying to open a window with that definition.

Mr. Allmand: But to put it under insured services—I can foresee courses on aerobic dancing would be becoming insured services. I agree with you; but what you are saying now is not the same as putting these things under insured services. You are suggesting they be defined in a different way.

Ms Harding: We are suggesting a different definition and a different understanding, because the way we define a problem

[Translation]

suis partisan de la médecine préventive et de toutes mesures susceptibles d'améliorer la santé de la population.

Vous proposez par ailleurs qu'une disposition soit prévue dans le projet de loi permettant à des groupes d'usagers de présenter des requêtes au ministre. Je ne vois vraiment pas à quoi pourrait servir pareille disposition, car normalement tout ministre accepterait volontiers de s'entretenir avec des représentants de votre association et en cas de refus, il suffirait de le faire savoir à l'opposition. Il suffit, en effet, pour obtenir une entrevue d'en faire la demande par écrit en adressant des copies non seulement à l'opposition mais à différents députés et généralement, l'entrevue est accordée d'office.

Donc, même en principe si ces idées sont valables, il est inutile à mon avis de retarder l'adoption du projet de loi, la plupart de ces activités étant du ressort du ministre et étant financées en partie du moins dans le cadre de certains programmes existants.

Le manque de crédits se fait sentir surtout dans la construction de nouveaux hôpitaux et l'amélioration des anciens. Il y a aussi la question des soins aux malades chroniques. Comme je le disais tantôt, le ministre devrait s'entretenir périodiquement avec des associations comme la vôtre.

Mme Harding: La définition des prestations assurées devrait faire partie d'une stratégie générale susceptible d'améliorer la santé nationale. Même si certains services sont effectivement assurés par le ministère comme vous venez de l'expliquer, ils ne le sont pas partout dans le pays, et c'est justement ce qui devrait être explicité dans la loi.

M. Allmand: Vous parlez du projet de loi ou de la loi elle-même?

Mme Harding: Le préambule au projet de loi C-3 est excellent à notre avis, sauf là où il est question d'obstacles financiers; or, ce préambule ne traduit pas cette préoccupation.

L'objet du régime de santé serait de prévenir la maladie ainsi que d'établir et de promouvoir la santé; mais les dispositions ne concordent pas pleinement avec ces objectifs. Nous cherchons à obtenir une définition qui tiendrait compte aussi bien de la situation actuelle que de l'avenir.

M. Allmand: Mais dans ce cas, des cours de danse aérobique pourraient également devenir des prestations assurées. Vous voudriez donc non pas que ces prestations deviennent assurées, mais que leur définition soit modifiée.

Mme Harding: Pour trouver de nouvelles solutions au problème, il faut commencer par le définir à nouveau. La

[Texte]

determines the solutions we seek and the strategies that we accept; and that is a very, very key concept that must go in. And no, we do not include aerobic dancing as our definition of an insured service.

Mr. Allmand: It could be; it is a service that promotes health.

Ms Harding: We are not offering to insure it.

We want to mention the concept of petitioning the Minister. I think what we are trying to say there is that there should be a very clearly articulated and understood process by which alleged defaults are brought to the attention of the federal government, investigated, and addressed. We think that is important not only from the consumer viewpoint but from the provincial viewpoint. We think the provinces must be dealt with fairly in the assessment of alleged default.

We recognize very clearly that every complaint is not grounds for application of a penalty, but we would want to be able to determine some thresholds where action must be taken or a comprehensive review must be undertaken. Those are the kinds of safeguards both for the public and for the provinces that we are looking for.

About the gap, I think you will get a bit of an argument from many of our members about the need for great capital investment. We would say to you that we want to look very carefully at the strategies that we are going to invest in in the future before we commit greater amounts of money to them. I think you have heard quite clearly, not only from us but from a number of groups, that there is a need for a change in those strategies. We are asking for an evaluation of strategies.

Mr. Allmand: I was going to ask you, in Ontario, and in the provinces that have ombudsmen, do these ombudsmen receive complaints under the medicare system?

Ms Harding: I do not think so.

Mr. Allmand: I know Ontario has an ombudsman. Alberta has an ombudsman. Not all provinces do.

Ms Harding: If they do receive those complaints, I have never had any information that they deal with them.

Mr. Allmand: Maybe they should be tested—have a test case.

Ms Harding: Quite possibly.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Allmand.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Chairman, I think it is fair to say that all of us around the table, whether we are members of the committee or witnesses, tend inevitably to veer from the main issues in the Bill that we are dealing with. We are all tempted to do that, and I am as guilty as anyone. Let me go back to something that is specifically related to the Bill, and something that our witnesses have addressed quite adequately, and that is the issue of penalties.

[Traduction]

danse aérobique ne ferait certainement pas partie des prestations assurées.

M. Allmand: Pourtant, la danse aérobique assure une meilleure santé.

Mme Harding: Nous ne proposons pas d'en faire une prestation assurée.

Par ailleurs, il faudrait mettre au point un système clair et précis pour signaler aux autorités fédérales toutes les irrégularités afin que celles-ci puissent être examinées. C'est important non seulement pour les usagers, mais également pour les autorités provinciales, lesquelles doivent être traitées équitablement.

Il est évident en effet que toutes les réclamations ne donneront pas automatiquement lieu à des pénalisations; il faut donc préciser le point à partir duquel ces mesures seront appliquées et qu'une enquête doit être ouverte. Il s'agit donc de protéger aussi bien les usagers que les provinces.

La nécessité d'importantes immobilisations ne fait pas l'unanimité parmi nos membres. Il faut en effet commencer par examiner les objectifs avant de leur attribuer de gros crédits. Nous ne sommes donc pas les seuls à dire que certains de ces objectifs devraient être modifiés.

M. Allmand: Est-ce que des réclamations concernant le fonctionnement du système d'assurance-maladie sont soumises aux ombudsmen des différentes provinces?

Mme Harding: Je ne le crois pas.

M. Allmand: L'Ontario et l'Alberta ont un ombudsman, ce qui n'est pas le cas de toutes les provinces.

Mme Harding: Je n'ai jamais entendu dire que les ombudsmen se soient occupés de ce genre de réclamations.

M. Allmand: On pourrait essayer d'en faire un précédent.

Mme Harding: C'est une idée.

Le vice-président: Merci, monsieur Allmand.

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Nous avons tous tendance à nous écarter des principales questions soulevées par le bill. Je voudrais donc revenir à une de ces questions, notamment celle des pénalisations.

[Text]

I am not going to discuss with you your views on the penalties to the provinces for extra-billing. What I want to discuss with you is something that was a novel idea brought to our committee last week, I guess it was, or earlier this week, by the FMOQ, which is the federation of general practitioners in Quebec. They pointed out to us that under Clause 12.(c) the Bill will provide that one of the criteria the provinces must meet is that the provinces must provide reasonable compensation to physicians and dentists. Naturally the Minister has not defined what "reasonable compensation" is, nor does she define what adequate remuneration is for hospitals. I am wondering what the coalition feels about the request of the FMOQ that there should also be, in a sense of fairness, penalties assessed against a province if it does not provide reasonable compensation for the doctors.

• 1720

They have given us an amendment that we could just insert into the Bill and that would provide for that. I am wondering if the coalition would agree that that is something we should seek to add to this Bill to make sure that physicians do get reasonable compensation. In other words, if it were not provided to the physicians, the federal government would have to impose a penalty on the provinces—if they had not provided reasonable compensation.

Ms Harding: We would hope the associations would be willing to go through an assessment process. I think their notion of what is reasonable for them differs drastically from the notion of some of the rest of us. So if they are willing to undergo an assessment process as we should undergo an assessment and evaluation process for all the discretionary, quote, standards that we articulate in this Act, such as accessibility—what is reasonable accessibility; and that is undefined, and perhaps cannot be defined in such legislation, but perhaps we can come to some consensus on that—if they are willing to undergo such an assessment and live with that assessment, then I think we certainly would support their efforts to do that.

We would take the position that any breach of the proposed section of any of the programmed conditions should be dealt with and should be addressed; and it is a breach of the program condition if they demonstrate that it is, quote, not reasonable or adequate. I certainly think it is then the responsibility of the federal government to move to have the provinces address that.

Mr. Halliday: I take it that generally the coalition would support penalties against provinces, then, for something that is less than reasonable compensation.

Ms Harding: If you find a doctor who is getting less than reasonable compensation, we would support their effort to improve their income.

Mr. Halliday: That is right.

Now, a related point, Mr. Chairman. Similarly, the Canadian Association of Interns and Residents were before the committee, and they likewise had somewhat of an interesting amendment to suggest to us, and that was—and they were

[Translation]

Je voudrais parler non pas de ce que vous pensez des pénalisations qui seraient infligées aux provinces en cas de surfacturation, mais d'une proposition originale qui nous a été soumise la semaine dernière par la Fédération des omnipraticiens du Québec. Ils nous ont fait remarquer que l'article 12.c) du projet de loi stipule que les provinces sont tenues de verser des honoraires raisonnables aux médecins et dentistes. Le ministre n'a pas précisé ce qu'il entend par «rémunération raisonnable», ni dans le cas des médecins ni dans celui des hôpitaux. Je voudrais savoir ce que vous pensez de la proposition de la Fédération des omnipraticiens du Québec de pénaliser les provinces qui n'assureraient pas des honoraires raisonnables aux médecins.

La fédération a proposé un texte d'amendements qu'il suffirait d'ajouter au bill. La coalition estime-t-elle qu'il faudrait ajouter pareils amendements pour garantir des honoraires raisonnables aux médecins? Dans le cas contraire, le gouvernement fédéral pénaliserait les provinces défaillantes.

Mme Harding: L'idée que les médecins se font d'honoraires raisonnables ne coïncide pas du tout avec la nôtre. Il faudrait donc commencer par revoir toute cette question, de la même façon nous accepterions qu'on revise la définition de termes tels que accessibilité; il faudrait donc commencer par se mettre d'accord pour étudier la question.

Toute entorse aux conditions prévues devrait être examinée. Or le fait de ne pas verser des honoraires raisonnables constituerait une entorse aux conditions. Si cela devait arriver, le gouvernement fédéral devrait certainement soulever la question avec les provinces en cause.

M. Halliday: Donc vous accepteriez que les provinces qui ne verseraient pas des honoraires raisonnables à leurs médecins puissent être pénalisées?

Mme Harding: S'il existe jamais des médecins dont les honoraires ne sont pas raisonnables, il serait normal qu'ils essaient de les améliorer.

M. Halliday: D'accord.

L'Association canadienne des internes et des résidents nous a également proposé un amendement intéressant. Il paraît que les autorités de la Colombie-Britannique menacent de refuser d'attribuer des numéros de facturation aux médecins qui

[Texte]

citing B.C. in particular; I am not sure whether any of you are from from B.C.—they were citing a problem out there that there is a threat by the government to refuse to give what we would call in Ontario an OHIP number, or a billing number, to physicians who did not necessarily accept the location of practice that was demanded by the province. In other words, you could have a licensed physician—trained and licensed to practise... being refused by a province the opportunity to practise within the plan, if he wanted to practise within the plan, just because he had refused to go to some particular outlying area the government thought he should go to. This to me—I do not know how the rest of the committee feel about it—this to me is a reasonable defect in the Bill. In other words, we have an obligation as legislators to protect the rights of physicians, just as we have to protect the rights of patients.

Would your group feel that we should support—that this committee should urge the Minister to amend this Bill to include those rights of doctors who want to practise within the plan?

Ms Kotani: Mr. Chairman, I would think we would be prepared to support that kind of thing if we could guarantee the rights of all Canadian workers to work where they want to. Market conditions and other things do not always allow us to work in the town we grew up in or in the biggest city in the province or any of those kinds of things. Quite often we are forced to go far away from home to find jobs. Many people who are in Alberta right now find themselves in that situation. I would think if we could guarantee that all people could find a job in the place they wanted to live in, then the Canadian Health Coalition would support that.

Mr. Halliday: Could I just clarify that a little? The fact that a physician is given a number to practise in a plan does not guarantee him a single patient. He still has to convince people that they should come to him. So I think you are begging the question. You are not answering my question at all—with due respect. You have to be a physician who can attract patients, or else you do not get anybody to come to you.

So maybe the witness would like to rephrase her answer, because her response was not appropriate to my question.

Ms Kotani: Any worker could be in any place, but that does not necessarily mean they are going to have a job there.

Mr. Halliday: That is true for doctors too. That is not the issue. The issue is, is that doctor entitled to a number in the plan so if he can get patients to come to him, he has the privilege, then, of billing the plan. That is the issue.

• 1725

M. Adam: Monsieur le président, nous sommes ici aujourd'hui pour discuter du projet de loi. Je pense que la personne a dit, fort à propos, que nous n'avions pas la réponse. La réponse qu'elle a donnée est très précise. Aucun travailleur du Québec ou du Canada n'a d'emploi garanti. Peut-être que cela ne correspond pas exactement à la réponse qu'on attend de nous, mais nous ne voyons pas le rapport entre cette

[Traduction]

n'accepteraient pas de s'installer à l'endroit exigé par la province. Des médecins diplômés ayant le droit de pratiquer pourraient donc se voir refuser le droit d'adhérer au Régime d'assurance-maladie s'ils refusent de s'établir dans une agglomération reculée qui lui aurait été désignée par la province. J'estime pour ma part que c'est là un défaut du projet de loi, car nous devons protéger aussi bien les droits des médecins que ceux des patients.

A votre avis devrions-nous demander au ministre de modifier le projet de loi afin de garantir les droits des médecins qui tiennent à être conventionnés?

Mme Kotani: Ce serait très bien à condition que tous les travailleurs canadiens aient le droit de choisir le lieu de leur travail. Or pour différentes raisons, il n'est pas toujours possible de trouver du travail dans la ville où l'on a grandi ou de s'établir dans la capitale d'une province ou en général la ville de son choix. Bien des personnes sont obligées de déménager loin de chez elles pour trouver du travail. De nombreux habitants de l'Alberta se trouvent justement dans cette situation. Si on pouvait garantir à tous un emploi dans la ville de leur choix, la Coalition canadienne de la santé appuierait cette idée.

M. Halliday: Je voudrais vous faire remarquer que le seul fait d'attribuer un numéro d'assurance-maladie à un médecin ne lui garantit nullement une clientèle, qui lui appartient de se constituer. Vous n'avez donc pas vraiment répondu à ma question. Les patients ne viennent pas automatiquement chez les médecins.

Le témoin aurait-elle l'obligeance de répondre à ma question.

Mme Kotani: Le fait pour quiconque d'être dans un endroit donné ne signifie pas qu'on y trouvera nécessairement du travail.

M. Halliday: C'est également vrai des médecins, mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit. La question est de savoir si on peut empêcher un médecin ayant une clientèle d'adhérer à la convention afin que ses patients soient remboursés.

Mr. Adam: Mr. Chairman, we are here to talk about the bill. We do not have the answer to that question. And besides the witness explained that no worker either in Quebec or in Canada has a guaranteed employment. Maybe you were expecting another answer, but we do not see the relation between the question and the purpose of our presence here.

[Text]

question et la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui.

The Vice-Chairman: Your time has expired, Dr. Halliday. We will go to Dr. Schroder.

Mr. Schroder: Thank you, Mr. Chairman. I am very happy to meet some of your group. I met some in Halifax and am quite happy to meet the rest of you.

I do not really have a question so much as perhaps a wrapup of some of the things that we are concerned about. As you realize, in this Act we are somewhat inhibited, because what we are trying to do is consolidate the Acts that we already have. In those Acts, by federal-provincial arrangements, the insured services have been arrived at, and for us to include in our definition insured services that are not there because of the federal-provincial agreement would be very difficult at this time. So I have been looking upon this whole thing as the beginning, where we consolidate phase one—consolidation of the Act we already have—and the future is for improvements in the system.

But to follow up on some of the things that you wanted to include in insured services, even though they are excluded now because of the agreement, the federal government does put \$14 million a year at the present time in health promotion. About \$10 million of this is in programs which are in the form of grants for innovative programs to the communities and the other approximately \$4 million goes to supporting those programs which the department administers, such as tobacco, anti-smoking and women's groups, etc.

And another exclusion in the agreement, of course, is extended care. However, on a per capita basis, we are funding extended care in the provinces at the rate of about \$0.9 billion a year. I was quite surprised, in talking to some provinces, to find out that there is an unawareness of this per capita grant. Now, I would be the last one to suggest that it is not being used where it should be, but you have to ask those questions. Again, extended care can be for innovative programs which are going to perhaps, in an experimental way, change the system in the future, so you can get sort of an idea of how this is going to work.

I guess what I am leading up to is that in the evidence I have heard so far we seem to be in general agreement that probably we are looking at an alternative health care system in the future. It is going to come by evolution; it is not going to come by any kind of law that we are going to make in Ottawa. It is going to come by really good faith bargaining between the federal government, the provinces, the consumers, the nurses, the health care professionals and the non-professionals. Everybody has to have some input. I am just going to ask you, do you sort of see this as your mandate? Do you see it as being the group that is going to be very much in the forefront of the pursuit of the enhancement of the first-class medical system we have in Canada today?

Mr. Johnson: Dr. Schroder, Mr. Chairman, as we discussed in Halifax—and it is good to see you again... we very much see the need to go beyond the Act. As I said earlier, in response to another question, our particular organization is

[Translation]

Le vice-président: Monsieur Halliday vous avez épuisé votre temps de parole. C'est le tour de monsieur Schroder.

M. Schroder: Merci, monsieur le président. J'avais déjà rencontré certains membres de votre association à Halifax, et c'est avec plaisir que je fais la connaissance des autres.

Plutôt que de vous poser une question, je voudrais résumer nos préoccupations. Le présent projet de loi a pour objet de fusionner les lois existantes. Or les accords fédéral-provinciaux prévus aux termes de ces lois comportent des listes de prestations assurées; il ne nous est donc pas loisible de modifier cette liste de prestations assurées. Nous devons donc commencer par uniformiser les différentes lois existantes, après quoi on pourra essayer d'améliorer le système.

Même si certaines prestations que vous avez proposées ne sont pas assurées actuellement aux termes des accords, il ne faut pas oublier que le gouvernement fédéral dépense d'ores et déjà 14 millions de dollars par an pour la promotion de la santé. Sur ces 14 millions, 10 sont attribués sous forme de subventions pour des programmes novateurs mis en oeuvre dans les diverses agglomérations et quatre sont alloués à des programmes mis en oeuvre par le ministère de la Santé, tels la campagne anti-tabac, des groupes de femmes etc.

Les soins complémentaires ne font pas l'objet, eux non plus, des accords fédéral-provinciaux. Ce qui n'empêche pas le gouvernement fédéral de consacrer 900,000\$ par an aux soins complémentaires. Or les habitants des provinces semblent tout ignorer de cette catégorie de dépenses fédérales. Je ne prétends pas que ces crédits n'aient pas été utilisés par les provinces pour les soins complémentaires, mais il faudrait quand même s'en assurer. En effet, les soins complémentaires pourraient être inclus dans certains programmes novateurs susceptibles de modifier le système à l'avenir.

Après tout ce qui a été dit à ce sujet jusqu'à présent, il semblerait que le système de soins va évoluer avec le temps, mais que cette évolution n'aura rien à voir avec des projets de loi adoptés par les législateurs. Les changements interviendront à l'issue d'un consensus entre les gouvernements fédéral et provinciaux, les usagers, les infirmières, les médecins et les autres spécialistes de la santé. Tous doivent y contribuer. Est-ce que votre association cherche justement à améliorer encore notre régime de soin de santé?

M. Johnson: Ainsi que je vous l'avais fait remarquer à Halifax, nous ne pouvons nous en tenir aux seules dispositions de la loi. Notre association se propose d'innover dans le domaine de la santé, qui doit être fondé sur les besoins de la

[Texte]

already looking ahead, planning to look at the whole question in concrete terms of what a socio-health care system means and in particular the implications of developing community-based health care. So I do not know if I can say we will be in the forefront, but I would like to think that we are very much there in working with all health workers and consumers in trying to promote new directions. So I think our intention in bringing this before you, as a suggested amendment, is we think this legislation is a kind of flag ship. It indicates where we should be going with insured programs. It may not be possible in the short term, but it is our feeling that the definition should be broader. All we are doing at this point is entrenching what we have and we feel that health care involves a lot more than just the primary focus on disease care. We should recognize, even in a general sense, that it is important to move in insured services and in the organization of services in new directions beyond disease care.

We are going to be pushing for that in the legislation and beyond the legislation.

• 1730

The Vice-Chairman: Thank you, Dr. Schroder. Mr. Epp, one quick question.

Mr. Epp: I did not have a question. But after the exchange with Dr. Halliday, I want to pursue that, because I do not think it is accurate. I know the gentleman said, "you are not here to discuss these things", but it is a vital part of, I would suggest with all respect, Bill C-3.

The Charter of Rights and Freedoms includes mobility rights, so your argument that a person can go wherever he wants to go and practice or work remains. He may not find work—that is another question. However, the problem we have in this bill is that once the bill is passed doctors must work within the system. They can still opt out, but they cannot extra bill unless there is a penalty. Let us say that the penalties are sufficient, by your recommendation, that extra billing is eliminated.

The problem that we then face, without that amendment, is that a doctor cannot practice because he or she must practice within the system; they cannot get any fee except within the system. Then the question becomes, do you use the Quebec model, where you have the 70% varied up to the 100%, depending on region?

So the question very simply becomes, if a person has qualified through the Royal College of Physicians or whatever system of accreditation remains in place, should the health care professional, if that is one side of the coin, then not have the right to practice within the system and make the choice on a competitive basis, whether to practice in an urban area, small city, large city or an area where he or she might have one patient? That is the issue about the amendment.

So it is a vital part of the bill, I would suggest.

Ms Harding: I think perhaps it is a vital part of the bill that has not been addressed in the legislation. It relates to the issue of regional disparities and the availability of resources in terms of services and in terms of personnel. I think we have to look

[Traduction]

collectivité. Nous espérons donc oeuvrer avec les spécialistes de la santé ainsi qu'avec les usagers pour promouvoir ces nouvelles orientations. Nous vous avons donc soumis cet amendement concernant les prestations assurées pour en souligner l'importance, même si ce n'est pas possible dans l'immédiat, afin d'en élargir éventuellement la définition. Alors que le projet de loi ne fait qu'entériner la situation existante, nous estimons pour notre part qu'il ne suffit pas de s'intéresser aux maladies pour assurer la santé de la population. Les prestations assurées ne devraient donc pas se borner au seul acte curatif.

Voilà notre objectif.

Le vice-président: Merci, monsieur Schroder. Monsieur Epp.

M. Epp: Je n'ai pas de question à poser. En réponse à une remarque faite par M. Halliday, le témoin avait dit qu'ils ne sont pas là pour discuter de cette question, alors que cette question fait partie intégrante du Bill C-3.

La Charte des droits et liberté comprend le droit de s'établir à l'endroit de son choix, ce qui signifie qu'en principe une personne doit avoir le droit de s'établir et de chercher du travail à l'endroit de son choix, ce qui ne veut pas dire qu'elle trouverait nécessairement du travail. Or si le projet de loi est adopté, les médecins qui décideraient de ne pas être conventionnés ne pourraient pas faire de la surfacturation sous peine de pénalisation. Si ces amendes étaient aussi importantes que vous le proposez, la surfacturation serait supprimée.

Sans cet amendement, les médecins non conventionnés ne pourraient plus pratiquer. Ceci étant, est-ce que l'on décide de retenir la formule du Québec, où les médecins touchent de 70 à 100 p. 100 des honoraires selon l'endroit où ils décident de pratiquer.

La question est donc de savoir si les médecins diplômés et conventionnés ne devraient pas avoir le droit de choisir l'endroit où ils décident de s'établir, qu'il s'agisse d'une grande ville, d'une petite ville ou d'une agglomération reculée.

Il s'agit là d'un aspect essentiel du projet de loi.

Mme Harding: Effectivement c'est une des questions essentielles du projet de loi. Cette question touche d'ailleurs à celle plus vaste des disparités régionales au plan notamment des services du personnel. Mais comme nous n'avons pas

[Text]

very hard. I am not prepared to give you a yes or no answer, because we have not had an opportunity to examine their situation or examine their proposal.

Mr. Epp: I am not asking you to give a yes or no. I am simply saying, for the record, that it would have to be clear what the thrust of an amendment such as that might be in view of obviously the working conditions which change when legislation is passed. That is the issue.

Ms Harding: I do not see that the bill denies the right of work. If a provincial government establishes a disincentive to practise in one area it does not, as I understand it, violate the intent of the activist's point. The issue then is whether or not there is reasonable accessibility to insured services in that area. I do not think it is a simple issue of guaranteeing the right of one type of worker, because, as Nancy pointed out, we do not guarantee the rights of any other worker to have access to funds—and that is really perhaps the issue—in any one area that they chose.

I do not think we are prepared to state at this point, one way or the other, until we have had a chance to examine the issue.

• 1735

Mr. Epp: Mr. Chairman, that is a fair enough comment and if they have a chance to examine it, I think the committee would appreciate any comments they might have.

The Vice-Chairman: Thank you, Mr. Epp.

Mr. Haughian, to you and your colleagues, thank you very much. We appreciate having the benefit of your views.

We adjourn now until 7.30 p.m. when we will hear the Canadian Paraplegic Association.

[Translation]

encore étudié la question en détail, je ne puis pas vous répondre pour le moment.

M. Epp: Il n'est pas indispensable que vous me répondiez immédiatement. Je tenais simplement à préciser que c'était une question à élucider vu qu'elle régira les conditions de travail des médecins lorsque la loi sera adoptée.

Mme Harding: Je ne vois pas en quoi la loi refuse aux médecins le droit au travail. Si une province décide de décourager les médecins à s'établir dans tel ou tel endroit, cela ne peut pas être assimilé à un déni du droit de travail. La question est de savoir si dans cette région les gens ont un accès raisonnable aux prestations assurées. Il ne suffit donc pas de garantir le droit de travail des médecins, car ainsi que Nancy l'a fait remarquer, aucun travailleur au Canada n'a la garantie de trouver du travail à l'endroit de son choix.

Mais avant de nous prononcer, il faudrait que nous examinions cette question plus en détail.

M. Epp: Lorsque vous aurez examiné la question, nous aimerions connaître votre conclusion.

Le vice-président: Merci, monsieur Epp.

Je remercie tous les témoins, et particulièrement M. Haughian, de leur intervention, que nous avons appréciée.

La séance est levée jusqu'à 19h30; notre témoin ce soir sera l'Association canadienne des paraplégiques.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Medical Association:

Dr. Everett Coffin, President;
Dr. W.J. Vail, Chairman, Board of Directors;
Dr. Alex McPherson, President elect;
Dr. Marc Baltzan, Past President;
Mr. B.E. Freamo, Secretary General;
Mr. D.A. Geekie, Director of Communications.
The Honourable Charles G. Gallagher, New Brunswick
Minister of Health.

From the Canadian Health Coalition:

Mr. Richard Haughian, Director, Executive Committee;
Mr. Guy Adam, Director, Executive Committee;
Ms. Nancy Kotani, Chairperson, Friends of Medicare
Alberta;
Ms. Michèle Harding, Executive Director, Ontario Health
Coalition;
Mr. Ian Johnson, Chairperson, Nova Scotia Health
Coalition;
Dr. Susan Stock, Director, Executive Committee;
Ms. Mary Hegan, Director, Executive Committee.

De l'Association médicale canadienne:

D^r Everett Coffin, président;
D^r W.J. Vail, président, Conseil d'administration;
D^r Alex McPherson, président élu;
D^r Marc Baltzan, ancien président;
M. B.E. Freamo, secrétaire général;
M. D.A. Geekie, directeur communications.

L'honorable Charles G. Gallagher, ministre de la Santé du
Nouveau-Brunswick.

De la Coalition canadienne de la santé:

M. Richard Haughian, directeur, comité directeur;
M. Guy Adam, directeur, comité directeur;
M^{me} Nancy Kotani, président, comité directeur;

M^{me} Michèle Harding, comité directeur, Coalition de la
santé de l'Ontario;

M. Ian Johnson, président, Coalition de la santé de la
Nouvelle-Écosse;

D^r Susan Stock, directeur, comité directeur;

M^{me} Mary Hegan, directeur, comité directeur.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 8

Thursday, February 16, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 8

Le jeudi 16 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84

Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, FEBRUARY 16, 1984

(13)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 7:36 o'clock p.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Breau, Epp, Halliday, Miss MacDonald (*Kingston and the Islands*), Messrs. Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Marceau and Reid (*St. Catharines*).

Witnesses: From the Canadian Paraplegic Association: Mr. Michael Ryan, Managing Director and Mr. Peter Bernauer, Research Librarian. *From the Consumers' Association of Canada:* Ms. Barbara Shand, President; Dr. Richard Plain, Chairman, Policy Advisory Council; Mr. Andrew Cohen, Director General and Mrs. Rose Rubino, Chairman, National Health Policy Committee.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday January 31, 1984, Issue No. 1.*)

Mr. Ryan made a statement and with the other witness answered questions.

Ms. Shand made a statement and with the other witnesses answered questions.

On motion of Mr. Epp: *Ordered*,—That the document entitled—Recommendations—submitted by the Consumers' Association of Canada be printed as an appendix to this day's Minutes of Proceedings and Evidence (*See Appendix SNTE-1*).

At 10:30 p.m. the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 16 FÉVRIER 1984

(13)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 19 h 36, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Breau, Epp, Halliday, M^{lle} MacDonald (*Kingston et les Îles*), MM. Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Hudecki, Marceau et Reid (*St. Catharines*).

Témoins: De la «Canadian Paraplegic Association»: M. Michael Ryan, administrateur gérant, et M. Peter Bernauer, libraire chargé de recherche. *De l'Association des consommateurs canadiens:* M^{me} Barbara Shand, président; M. Richard Plain, président, Conseil consultatif en matière de politiques; M. Andrew Cohen, directeur général, et M^{me} Rose Rubino, président, «National Health Policy Committee».

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquences. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

M. Ryan fait une déclaration, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

M^{me} Shand fait une déclaration, puis elle-même et les autres témoins répondent aux questions.

Sur motion de M. Epp, *il est ordonné*,—Que le document intitulé *Recommendations*, présenté par l'Association des consommateurs canadiens, paraisse en annexe aux *Procès-verbaux et témoignages* de ce jour (*Voir Annexe SNTE-1*).

A 22 h 30, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, February 16, 1984

• 1937

The Chairman: Order, please.

We are carrying on tonight with Bill C-3, the Canada Health Act.

We are very pleased to have with us tonight representatives from the Canadian Paraplegic Association. We have with us Mr. Michael Ryan, Managing Director, and Mr. Peter Bernauer, Research Librarian.

You have given us a brief. We usually, as you probably know, have a fairly short opening statement following which the members would like to question you. Who would like to start?

Mr. Michael Ryan (Managing Director, Canadian Paraplegic Association): Thank you very much for providing us with the opportunity to appear before you. As representatives of the Canadian Paraplegic Association, we welcome this opportunity to express our concerns and to give our views on the proposed Canada Health Act.

The Canadian Paraplegic Association is a national voluntary association representing more than 18,000 spinal cord-injured persons and some 40,000 mobility-impaired Canadians. Founded in 1945, we continue to fulfil our mandate of providing rehabilitation counselling and resettlement services to physically disabled persons across the country.

We are encouraged by the proposed Canada Health Act in that it attempts to reaffirm the basic principles established by the Medical Care Act of 1966. We are in agreement with the government stand on user fees and extra-billing.

Since many of our clients and members belong to the low-income bracket, both user fees and extra-billing would pose a serious threat to both their health and their personal independence.

Mr. Peter Bernauer (Research Librarian, Canadian Paraplegic Association): One of the major concerns we have, really, is the lack of consideration for alternatives which we have experienced as vital and necessary to our spinal cord-injured population, especially in light of the fact that we are trying to return people to the community. Not only do we find a terrible lack in the community of adequate services, but also we find a problem within the system itself just getting them out of the system.

We have been successful in a few project situations. However, each time we encounter this problem—and now we are encountering it all the time all over the country—we have to begin again at the beginning. There is no precedent set for negotiations that we may have gone through with various

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 16 février 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

Nous poursuivons ce soir l'étude du projet de loi C-3, projet de loi canadienne sur la santé.

Nous avons le plaisir de recevoir ce soir des représentants de l'Association canadienne des paraplégiques, soit M. Michael Ryan, directeur, et M. Peter Bernauer, chercheur-bibliothécaire.

Vous venez de nous distribuer un mémoire. Vous savez sans doute que nous demandons d'habitude aux témoins de nous présenter leur déclaration liminaire, après quoi nous demandons aux députés de vous interroger. Par qui commençons-nous?

M. Michael Ryan (directeur, Association canadienne des paraplégiques): Merci beaucoup de nous avoir donné l'occasion de comparaître devant le Comité. En tant que représentant de l'Association canadienne des paraplégiques, nous sommes très heureux d'avoir ainsi la possibilité de vous faire part de notre position sur le projet de loi canadienne sur la santé.

L'Association canadienne des paraplégiques est un organisme bénévole national représentant plus de 18,000 Canadiens ayant subi une lésion à la colonne vertébrale et quelque 40,000 autres qui ont des difficultés à se mouvoir. Depuis notre fondation en 1945, nous avons pour mandat d'aider les personnes du Canada physiquement handicapées à se réadapter, s'orienter et se réinstaller.

Nous sommes heureux de voir que le projet de loi canadienne sur la santé cherche à réaffirmer les principes de base qu'avait établis la loi sur les soins médicaux de 1966. Nous souscrivons à la position du gouvernement en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation.

Puisque bon nombre de nos clients et membres ont de faibles revenus, il est évident que les frais modérateurs et la surfacturation les menacent sérieusement dans leur santé et dans leur indépendance personnelle.

M. Peter Bernauer (chercheur-bibliothécaire, Association canadienne des paraplégiques): Ce qui nous préoccupe beaucoup, entre autres, c'est que le projet de loi n'essaie pas de trouver d'autres solutions de rechange, solutions qui nous semblent essentielles et nécessaires à tous ceux qui ont subi des lésions de la colonne vertébrale, en raison surtout de notre désir de les réintégrer dans la collectivité. Non seulement celle-ci ne leur offre pas les services adéquats, mais le système lui-même pose également un obstacle lorsqu'on cherche à les en sortir.

Certaines de nos tentatives ont quand même été fructueuses. Mais chaque fois que nous rencontrons ce même problème—et nous le rencontrons de plus en plus partout au pays—nous devons recommencer à zéro. Nos négociations avec les divers

[Texte]

provincial ministries—and I am speaking specifically of ministries of health, housing, etc.

We were hoping that the proposed Canada Health Act would include some kind of direction as to community-based health services—if not direction, at least encouragement along those lines.

Mr. Ryan: One of the concerns we have that affects the cost of health care services is the back-up that frequently occurs in treatment.

• 1940

On page 3 of our written submission we have just given a few statistics of our own hospital in Toronto, Lyndhurst Rehabilitation Hospital. We are currently operating 68 beds in that hospital and 17 patients are waiting for beds, to be admitted to the hospital for rehabilitation services. At the same time, some 20% of our patients, or practically an equal number, are waiting for discharge. They have finished their rehabilitation and they are ready for discharge. They are ready to go into the community. They have achieved the level of independence that they can through the physiotherapy and occupational therapy and rehabilitation and counselling that is provided. However, independent living situations are not available. In some cases chronic care situations are not available either, but many of them simply do not want to go to chronic care and refuse to go to chronic care because they are young people—they are 19, 20, 23—and they do not want to sit in a chronic care institution for the rest of their lives.

So not only is this back-log detrimental in human terms but when the log-jam is broken the costs that have been incurred during that period are just horrendous. We can elaborate on that on a specific project that occurred after two years, just last fall, to give a case study.

We do not make any pretence to being economic experts, but we know that fairly authoritative data have now shown that to varying degrees the provinces have used the increased federal funding over the past several years since the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act was passed to substitute for their own financing, that their financing has gone down as a measure of health care financing, and it is our judgment that a return to cost-sharing on an equal basis could be beneficial to the health care system. So we certainly feel that that should be considered very seriously.

We believe the introduction of reasonable minimal national standards for health care, as well as specific mechanisms for monitoring and maintaining these standards, is excellent and very advisable.

We also think it would be important for the federal government to encourage in a positive manner the eventual abandonment of premiums. Three provinces and one territory use

[Traduction]

ministères provinciaux—ministère de la Santé, ou du logement, entre autres—n'ont établi aucun précédent.

Nous espérons voir le projet de loi canadienne sur la santé proposer une orientation à l'égard des services de santé dans la collectivité, ou du moins un encouragement dans cette voie.

M. Ryan: Un des problèmes qui vient s'ajouter au coût des services de soins de santé, c'est le retard qui se produit si fréquemment dans le traitement.

À la page 3 de notre mémoire, nous donnons quelques statistiques relatives à l'hôpital qui nous est réservé à Toronto, le *Lyndhurst Rehabilitation Hospital*. Nous avons actuellement 68 lits qui nous y sont réservés, alors que la liste d'attente est de 17 patients qui attendent d'être admis à l'hôpital pour y recevoir des soins de réadaptation. Parallèlement, quelque 20 p. 100 de nos patients, soit à peu près le même nombre, attendent de recevoir leur congé, car ils n'ont plus besoin de soins de réadaptation et sont prêts à être réintégrés à la collectivité. Grâce à la physiothérapie, à la thérapie professionnelle, à la réadaptation et au counselling, ils ont enfin atteint un niveau d'indépendance voulu. Néanmoins, les possibilités de vivre dans l'indépendance ne sont pas nombreuses. Il en est de même parfois pour être admis aux soins chroniques, ce que beaucoup d'entre nos patients refusent, tout simplement parce qu'ils sont jeunes—they ont 19, 20 ou 23 ans, et refusent d'être envoyés dans une institution de soins chroniques jusqu'à la fin de leurs jours.

Non seulement ce manque de place est néfaste humainement parlant, mais il est absolument aberrant lorsque l'on considère combien coûte cette période d'attente. Nous pourrions vous donner des chiffres précis dans le cas d'une attente particulière qui s'est terminée au bout de deux ans l'automne dernier, si vous le désirez.

Nous ne prétendons pas être des experts en économie; cependant, certaines études de bonne source ont prouvé qu'à des degrés divers, les provinces avaient profité de l'augmentation du financement du gouvernement fédéral au cours des dernières années, c'est-à-dire depuis l'introduction de la loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis pour éviter d'augmenter leur propre contribution et que, par conséquent, celle-ci avait diminué en matière de soins de santé. Nous pensons donc à notre avis que revenir à une formule de partage des coûts sur une base d'égalité pourrait être profitable à nos soins de santé. Cette avenue devrait être étudiée très sérieusement.

Nous sommes convaincus que l'introduction de normes minimales nationales et raisonnables en matière de soins de santé, de même qu'un processus bien précis qui permettrait de surveiller et de maintenir ces normes est une idée excellente et très souhaitable.

Nous estimons également important que le gouvernement fédéral encourage positivement l'abandon graduel des primes auxquelles ont recours trois provinces et un territoire. Encore

[Text]

these. Again, speaking for our constituency, we judge that they are among the hardest hit in that at present their economic power and the high rate of unemployment make them the most vulnerable to these if they live in provinces where these are required.

On page 4 of our brief we have six items that we would offer as a summary of our written document for your consideration. We are pleased that the Bill reaffirms the basic principles of our health care system; secondly, that user fees and extra-billing be abolished so we do not have a two-tiered system and so particularly the people we serve, who we judge would be the harder hit, will not be adversely affected; that more cost-efficient programs be encouraged, specifically community-based programs and preventative care programs.

We would like to add after point 3 another that is not written down. It would be the inclusion as an insured service of the provision of technical aids and prosthetic devices. A number of provinces have put these in, some on a general basis, others more cautiously. This continues to be an area in which our association and others like ours are called upon sometimes for very heavy investments of funds to provide devices or technical aids, and this establishes again an inequality from place to place throughout the country where one group of people have ready access to these and others do not.

Again, we recommend that equal cost-sharing be reconsidered and reviewed as a more favourable means of funding the health care system, that standards be established and that the abandonment of premiums be encouraged as positively as possible.

• 1945

Mr. Chairman, those are our comments in general. We would be pleased to elaborate on them as the members would wish.

The Chairman: Thank you very much.

Dr. Halliday, will you lead off, please?

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

I want to welcome our two witnesses from the Canadian Paraplegic Association. We appreciate the fact that they have taken the time to come down here and bring us their views in a very concise manner.

As I am sure Mr. Ryan knows, a couple of us on this committee did spend about three years looking at the problems of the disabled and handicapped. I am sorry Mrs. Killens is not here, because I know she would be interested to hear your... I see Dr. Hudecki just walking in, so there will be at least two of us here now, and I am sure Mrs. Killens may arrive later. But in my view, there certainly is a close tie between the work we did on that committee and some of the recommendations you are laying before us tonight.

[Translation]

une fois, nous jugeons que nos membres sont parmi les plus touchés, parce qu'à l'heure actuelle, leur pouvoir économique et le taux de chômage élevé qui les frappe les rendent les plus vulnérables, s'ils vivent dans les provinces où ces primes sont imposées.

La page 4 de notre mémoire présente six points qui résument notre position. Nous sommes heureux de voir réaffirmer dans le projet de loi les principes de base de notre système de soins de santé; deuxièmement, nous demandons l'abolition des frais modérateurs et la surfacturation afin de ne pas léser, par un système de soins à deux niveaux, les paraplégiques que nous représentons et qui pourraient être les plus durement touchés; nous demandons également d'encourager la mise sur pied de programmes institués plus particulièrement dans la collectivité et de programmes de soins préventifs qui soient tous plus rentables.

Nous voudrions ajouter au point 3 une demande qui n'est pas inscrite à notre liste: Il s'agit d'inclure dans les services assurés l'équipement spécial et les prothèses. Certaines provinces les ont déjà inclus de façon générale et d'autres, de façon plus particulière. Notre association, ainsi que d'autres comme la nôtre, sont parfois appelées à effectuer des investissements très onéreux pour offrir de l'équipement spécialisé ou des prothèses, ce qui souligne encore une fois la position désavantageuse dans laquelle se trouvent ceux que nous représentons, selon qu'ils vivent ou non dans une province où ces services sont assurés.

Nous recommandons encore une fois qu'il y ait une plus grande égalité dans les partages des coûts comme base de financement de notre système de soins de santé, que des normes soient établies et que l'on encourage le plus possible l'abandon des primes.

Monsieur le président, voilà pour nos commentaires. Nous serons heureux de vous donner plus de précisions si les membres le désirent.

Le président: Merci beaucoup.

Docteur Halliday, voulez-vous commencer?

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Je souhaite la bienvenue aux deux représentants de l'Association canadienne des paraplégiques, et nous les remercions d'avoir pris le temps de se déplacer et de nous faire part de leur position de façon très concise.

Comme M. Ryan le sait très certainement, quelques uns d'entre nous ont passé les trois dernières années à étudier le problème des handicapés et des invalides. M^{me} Killens n'est malheureusement pas ici, mais je sais qu'elle serait fort intéressée par votre mémoire. Comme le Dr Hudecki vient de faire son entrée, il y en aura au moins deux parmi nous qui auront fait partie de ce comité spécial; M^{me} Killens arrivera peut-être plus tard. J'estime qu'il y a un lien très direct entre le travail effectué par le comité spécial et certaines des recommandations que vous avez déposées devant nous ce soir.

[Texte]

You have identified two basic things with respect to your presentation, as I see it. First, you are generally in support of the Bill, as I think virtually everybody in the House of Commons is. We may have some reservations about whether or not the Bill represents the highest priority in the land right now in the health care system, but nonetheless, we support the Bill.

You have then gone on, as many witnesses have, to identify the specifics the so-called health Bill—which deals really only with extra-billing and user fees—has failed to do; that is, some of the things you identified here, such as the transfer of people from more expensive accommodation in institutions to the independent living concept. I know you are very much in favour of that, and so are all the members of the Special Committee on the Disabled and the Handicapped.

I just want to go through a little bit of reasoning there in that respect and as it relates to the problem of extra-billing, just to get your views. It was one of my concerns on the Special Committee on the Disabled and the Handicapped that we were going to have difficulty in convincing the provinces to fund the very things you are talking about. You have talked about technical aids; you have talked about opportunities to have people outside the institutions, where they do need some attendant care, in an independent living setting. There is no question, I think, that everybody around Parliament here is in favour of that, but the one obstacle or block is funding. So if we can all agree on that—and I think probably the witnesses do—then we have to look at where we are going to find some funding to take care of this problem of yours.

Now, we have had some witnesses before us on this subject relating to the matter of what happens down the road when we do away with extra-billing and user fees, what will be the effect on the financing of health care. We were told this morning by witnesses that what we will probably see is that physicians will be driven into a situation of having to negotiate on a firmer collective basis with provincial governments in order to replace the moneys lost from the physicians' income by way of loss of extra-billing. The conventional wisdom regarding those kinds of negotiations seems to be that the net result will be a greater expense to provincial governments than even if they accepted the penalty, as is now being proposed by this Bill. So you end up, then, with more expense to the health care system just to reimburse the single medical component, if that is indeed what happens. So you may get that much farther down the way until you see moneys available for the attendant care situation and for the technical aids.

I am wondering how you feel about that. To me, it is disappointing that that could be the scenario. But I do not see any way around it, quite frankly, because the money is not available for what you need and deserve now.

Now, tied in with that sort of presentation on my part is a question to you regarding the status of your people. I seem to recall figures which said that 80% of handicapped people were unemployed, whereas only 20% or even less of the rest of the

[Traduction]

Si je vous comprends bien, vous avez identifié deux aspects fondamentaux dans votre mémoire: tout d'abord, vous souscrivez de façon générale au projet de loi, comme à peu près tous les membres de la Chambre des communes. Nous ne sommes pas vraiment certains que le projet de loi en question soit si urgent aujourd'hui en ce qui concerne les soins de santé, mais nous y souscrivons néanmoins.

Tout comme bon nombre d'autres témoins, vous avez ensuite identifié les éléments sur lesquels le projet de loi ne dit mot, puisqu'il ne traite en réalité que de la surfacturation et des frais modérateurs; vous avez mentionné en particulier l'installation de vos membres dans des logements où ils vivraient de façon indépendante, par opposition à leur séjour dans des institutions beaucoup plus coûteuses. Je sais que c'est ce que vous préconisez fortement, tout comme l'ont préconisé les membres du Comité spécial sur les handicapés et les invalides.

J'aimerais simplement vous expliquer ma façon de voir le problème de la surfacturation, pour que vous puissiez me répondre. Lorsque je siégeais au comité spécial, j'étais d'avis que nous aurions de la difficulté à convaincre les provinces de financer les services dont vous venez de parler, soit l'équipement spécialisé, ou encore les logements qui permettraient à vos membres de vivre dans l'indépendance tout en recevant des soins médicaux. Il est certain que nous sommes tous bien d'accord là-dessus; malheureusement, le seul obstacle, c'est le financement. Si vous êtes prêts, comme je le pense, à accepter ce fait, alors il nous faut trouver des fonds pour régler votre problème.

Certains témoins nous ont déjà expliqué ce que pourraient être les conséquences à long terme pour le financement des soins de santé si l'on en venait à supprimer la surfacturation et les frais modérateurs. Certains nous ont même dit ce matin que les médecins seront probablement forcés de négocier collectivement et fermement avec les gouvernements provinciaux afin de pouvoir remplacer le manque à gagner qu'entraînera la suppression de la surfacturation. On s'accorde généralement pour dire que ce genre de négociation mène en fait à une augmentation des dépenses pour les gouvernements provinciaux, même si l'on impose l'amende comme le prévoit le projet de loi. Si les choses se passent ainsi, on en arrivera donc à un système de soins sanitaires qui coûtera encore plus cher, tout simplement parce que l'on veut rembourser les médecins. Cela finit par retarder encore plus le jour où des fonds seront disponibles pour rembourser les soins médicaux et l'équipement spécialisé dont vous parlez.

J'aimerais avoir votre avis sur cette éventualité, qui, si elle n'est pas très encourageante, est néanmoins possible. Je ne vois pas comment l'on pourrait éviter ce problème, à franchement parler, étant donné qu'il n'y a pas d'argent disponible pour répondre à vos besoins.

A la suite de cette introduction, j'aimerais avoir des précisions sur les gens que vous représentez. Il me semble vous avoir entendu dire que 80 p. 100 des handicapés étaient sans emploi, alors que les chômeurs ne représentent que 20 p. 100 et moins du reste de la population. Vous avez dit qu'un grand

[Text]

population might be. But a large percentage, 50% to 80%, would be unemployed.

• 1950

Now, I would suspect none of those people in that large sector would be subjected—and if so, I would like to know—to extra-billing. Maybe 10% or 20% might be in a few cases. The same goes with premiums: How many of those people of yours to whom you refer have to pay premiums? I would think, if they were not able to work, they would not be paying income tax and they automatically would have their health care covered.

So I am wondering how valid your argument is that your people really need to have the extra-billing and user fees done away with, because in actual fact, I would like to know what percentage of your people is subjected to those two phenomena at the present time. If they are not subjected to it, it would seem to me to be to your advantage to not see that happen but to have the money come back into the system so there would be money for the things you most badly need; that is, income security—that is not something we hear a lot about—provision of technical aids and provision of attendant care. Those three things are very costly, and I am afraid this Bill is only going to add to the costs that are inherent in the health care system now and do nothing for the three things I have mentioned, which your group badly needs.

Mr. Bernauer: I do not think it is as important to say that 80% or 70% are unemployed. I think it is more important to say there are things which keep these people from being employed, and one of them is long-term care institutions. I think it is also important to consider that, of the 20% who may be employed, a good number are employed in low-income brackets, making it more difficult for them in this current system if they have to deal with extra-billing or user fees.

Mr. Halliday: Yes, but my question was: Are those people subjected to it, and how many are? I really would like to know those figures.

Mr. Bernauer: The persons in low-income groups are.

Mr. Halliday: They are?

Mr. Bernauer: Yes, they are. If they are paying premiums, if they are making a taxable income, they would be subjected. In the Province of Ontario again, it depends on the individual doctor.

Now, a basic problem, period, is the choice of practitioner in this situation, an example being myself. I have no choice of practitioner. I have to choose a practitioner according to the building he is in, and if that practitioner happens to extra-bill, I have very little choice about going somewhere else if I cannot get into the building.

Mr. Ryan: I think the scenario and the consequences you point out are interesting. It is hard to get a firm handle on

[Translation]

pourcentage de vos vembres, 50 ou 80 p. 100, étaient sans emploi.

Je présume qu'aucun de ceux qui font partie de ce vaste secteur serait soumis à la surfacturation et, le cas échéant, je voudrais bien le savoir. Ce pourrait être 10 ou 20 p. 100 dans certains cas. C'est la même chose pour les primes. Combien de ces gens dont vous parlez sont obligés de payer des primes? Ceux qui sont incapables de travailler ne paient pas d'impôt sur le revenu, donc leurs soins sont défrayés par l'État.

Je me demande quelle peut être la valeur de votre argument voulant que ces gens que vous représentez doivent absolument voir disparaître la surfacturation et les frais modérateurs, car, en réalité, je me demande bien quel pourcentage d'entre eux font personnellement face à ce problème en ce moment. Si cela ne les touche pas, vous auriez intérêt à veiller non pas à ce que cela ne se produise pas, mais à ce que l'argent soit réinvesti dans le système afin qu'on puisse payer pour ce dont vous avez le plus besoin, à savoir un revenu garanti, dont on ne parle pas beaucoup, des aides techniques et des soins à domicile. Or ces trois services coûtent très cher, et je crains que ce projet de loi n'ajoute tout simplement aux coûts inhérents à un régime de soins de santé sans faire quoi que ce soit pour les trois services que je viens de mentionner et dont votre groupe a vraiment bien besoin.

M. Bernauer: Je ne crois pas que ce soit si important de dire que 80 ou 70 p. 100 d'entre eux sont au chômage. Il est beaucoup plus important de savoir ce qui les empêche d'avoir un emploi, et l'une des raisons est l'existence des établissements de soins à long terme. Il est également important de tenir compte du fait que parmi les 20 p. 100 qui ont un emploi, bon nombre ont des emplois très peu rémunérés, ce qui leur rend beaucoup plus difficile d'assumer la surfacturation ou les frais modérateurs.

M. Halliday: Oui, mais moi, je vous ai demandé combien de ces personnes sont directement touchées par ces deux problèmes? Je tiens vraiment à avoir ces chiffres.

M. Bernauer: Les personnes des milieux défavorisés en sont victimes.

M. Halliday: Vraiment?

M. Bernauer: Oui, vraiment. Si elles paient des primes, si elles ont un revenu imposable, elles font face à ces deux problèmes. En Ontario, cela dépend évidemment des médecins.

Un autre problème fondamental, c'est le choix du médecin dans une telle situation. Je peux me donner en exemple. Je n'ai pas le choix de mon médecin. Je dois choisir un médecin en fonction de l'édifice où se trouve son bureau et si ce médecin se trouve à exiger des frais supplémentaires, je n'ai pas tellement le choix d'aller en voir un autre qui occuperait un édifice dans lequel je ne peux pas entrer.

M. Ryan: L'histoire que vous racontez et ses conséquences sont intéressantes. Il est difficile de calculer avec précision leur

[Texte]

numbers, but obviously as you suggest, Dr. Halliday, if a person is unemployed, his premium assistance would normally take care of him so he would not be in that situation. But as Mr. Bernauer is suggesting, while it is hard to get a handle on the figures, we certainly have every reason to believe there is a fairly large low-income bracket. Whether they are on welfare, family benefits or some sort of assistance is one thing; whether they are simply earning fairly modest wages and having to pay their own way is another.

But I think we always have to look at the possibilities. In other words, if a person has a living situation where he has attendant care, where he can hold down some sort of employment, then he can be productive. He can even pay premiums if he has to. But if he does not have these other things, then he cannot.

Also, it is a matter of funds. It is not always a matter of health care funds, but I guess what we are saying is that there could be a reallocation of moneys. As I was suggesting in this case of people being in institutions longer than they had to, there is a lot of health care money going in there. There would still have to be money to help them in an attendant care situation in the community; probably less, but certainly funds from a different source which might be more efficiently used. But it is hard for us to get an actual handle on exact numbers and to suggest how many people really are subjected to extra-billing or to premiums that would then be compounded with user fees of one kind or another.

Mr. Halliday: One more question?

The Chairman: A short one.

• 1955

Mr. Halliday: I would have been much more concerned, Mr. Chairman, based on their own people whom they are representing, about the wisdom of their recommendation to do away completely with extra-billing and user fees, if they could have said how many of their 18,000 spinal chord people, or 40,000 of their immobility people... through a survey someone might have taken—were indeed paying premiums and were indeed experiencing extra-billing. I would love to have known that, but obviously we cannot get it.

My second question, Mr. Chairman, relates to another aspect of funding. It is related to your very first paragraph, where you talk about your being a national voluntary organization. This is of interest to me, naturally, because I am very much impressed with the role the voluntary organizations should play in our society and I know from experience that your group is indeed doing that. I would be interested to get your reaction, though, to the benefit, if any, that your group would see, from a funding point of view, in the work you do, if you were to consider the give-and-take proposal that has been proposed by the National Voluntary Organizations. I am sure you are familiar with that. I do not think it was addressed in the budget yesterday—so far as I know, it was not.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I believe it was not.

[Traduction]

nombre, mais comme vous le faites si bien remarquer, docteur Halliday, lorsqu'une personne est au chômage, ses primes sont normalement payées à sa place si bien qu'elle n'a pas de problèmes. Mais, comme l'a dit M. Bernauer, même si ces chiffres sont difficiles à calculer, nous avons toutes sortes de raisons de croire que le nombre des personnes à faible revenu est assez élevé. Qu'il s'agisse d'assistés sociaux, ou de prestataires d'une autre forme d'aide sociale ou qu'il s'agisse simplement de petits salariés qui subviennent à leurs propres besoins.

Nous devons toujours envisager les possibilités. Autrement dit, si une personne reçoit des soins à domicile et peut avoir un avoir emploi, elle est à ce moment-là productive. Elle peut même payer ses propres primes au besoin. Mais si elle ne peut profiter de toutes ces choses, le reste est impossible.

C'est aussi une question d'argent. Cela ne dépend pas toujours du budget disponible pour les soins de santé, mais je crois qu'on pourrait peut-être répartir les fonds autrement. Comme je l'ai dit, tous ceux qui demeurent dans des établissements plus longtemps que nécessaire entraînent beaucoup dépenses pour les services de santé. Il faudrait quand même pas mal d'argent pour leur prodiguer des soins à domicile, mais probablement moins, et les fonds pourraient provenir d'une source différente. Il nous est difficile de faire des calculs précis et de vous donner le nombre de personnes qui sont victimes de la surfacturation ou de frais supplémentaires.

M. Halliday: Une dernière question?

Le président: Très courte.

M. Halliday: Je me serais davantage préoccupé de la sagesse de leur recommandation voulant qu'on supprime totalement la surfacturation et les frais modérateurs s'ils avaient pu nous dire combien de leurs 18,000 paraplégiques ou de leurs 40,000 réduits à l'immobilité paient effectivement des primes et sont touchés par la surfacturation. J'aurais bien aimé le savoir, mais il semble que les chiffres ne soient pas disponibles.

Ma seconde question, monsieur le président, porte sur un autre aspect du financement. Elle est liée à votre tout premier paragraphe où vous dites être un organisme bénévole national. Cela m'intéresse non seulement parce que je suis très impressionné par le rôle que les organisations bénévoles jouent dans notre société, mais aussi parce que je sais d'expérience que votre groupe est efficace. Je voudrais savoir ce que vous pensez de l'avantage que représente, du point de vue financement, le travail que vous accomplissez, étant donné le principe «donnant-donnant» avancé par les organisations bénévoles nationales. Je suis certain que vous êtes au courant. Je ne crois pas qu'on en ait parlé dans le budget hier.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Non, je ne crois pas qu'on en ait parlé.

[Text]

Mr. Halliday: It was not, no. Miss MacDonald confirms that it was not addressed.

I would be interested to know whether you feel there is some wisdom in that kind of approach to our income tax system, whereby people who would give money to a group such as yours would benefit by a tax credit, which is the basic principle behind that, and as well we would all give up this \$100 deductible that all of us take and only about 7% of Canadians really have the right to take, quite frankly.

Mr. Ryan: We have actually gone on record as being very much in favour of the entire package of give-and-take. It is really a two-sided package; one side is that the \$100 automatic deduction would be removed, which, of course, it has been for this revenue year . . .

Mr. Epp: It is on the take.

Mr. Ryan: That is right, the take is. The other side of it is that we believe it would encourage support for voluntary agencies.

If I may just add one more thing, we are going to get hit in two ways this year, because there will be a higher demand for receipts, for people really need them now, they cannot claim deductions without them. At the same time, there is no greater incentive, in fact, I think it is fair to say there is a lesser incentive, to give, because it benefits you more if you are a more affluent person.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Dr. Halliday. I will go on with Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: Thank you. I could not help but cringe a bit at the kinds of implications in some of the questions Dr. Halliday was asking, where it seemed to be again going back to a two-tier system, which would make some people who happened to be unemployed feel that they have one kind of service, or charity, if you like, and the others a different system.

Mr. Halliday: Like GIS.

Mrs. Mitchell: Yes, which I do not really agree with either—if you want to get into another debate.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Are you advocating doing away with GIS?

Mrs. Mitchell: Let us not start off on that tonight.

The Chairman: Mrs. Mitchell has the floor.

Mrs. Mitchell: I am advocating reform of the tax system, if you like.

I would really like to concentrate on point number three, which seems again, to me, to be a very important point and which, of course, the Bill really does not deal with, unfortunately. We will certainly be bringing this matter up. I wondered if you could tell us a bit more specifically what kind of community health services, particularly, you would see as being needed to be extended that would meet the needs of your members. Also, would it likely mean a lessening of the need for the more expensive care of physicians and institutional care

[Translation]

M. Halliday: Non. M^{me} MacDonald confirme mes dires.

Je voudrais bien savoir si, à votre avis, cette perception de notre fiscalité serait avantageuse, par exemple si l'on accordait à ceux qui donnent de l'argent à un groupe comme le vôtre un crédit d'impôt, à condition d'abandonner la déduction forfaitaire de 100\$, dont tout le monde profite et que seulement environ 7 p. 100 des Canadiens méritent.

M. Ryan: Nous avons déjà dit que nous étions en faveur de ce principe «donnant-donnant». D'une part, on supprimerait la déduction forfaitaire de 100\$, qui a déjà été supprimée pour l'année imposable . . .

M. Epp: C'est à prendre.

M. Ryan: C'est exact. D'autre part, nous croyons que cela inciterait les gens à financer les organismes bénévoles.

Si vous permettez, j'ajouterai que nous allons être touchés de deux côtés cette année parce que plus de gens vont exiger un reçu, car maintenant ils ne peuvent réclamer de déductions sans eux. Pourtant, les gens ne sont pas aussi incités à donner, car cette déduction profite à ceux qui sont un peu plus fortunés.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

Le président: Merci, docteur Halliday. Je vais passer à M^{me} Mitchell:

Mme Mitchell: Merci. Je n'ai pas pu m'empêcher de frémir aux sous-entendus de certaines questions du docteur Halliday, car cela donnait l'impression d'en revenir à un système à deux catégories, qui pourrait laisser croire aux chômeurs, par exemple, qu'ils obtiennent une sorte de service de charité, tandis que les autres auraient un service à part.

M. Halliday: Comme le S.R.G.

Mme Mitchell: Oui, sur lequel je ne suis pas parfaitement d'accord non plus, mais cela c'est une autre histoire.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Préconisez-vous l'abandon du S.R.G.?

Mme Mitchell: Ne nous lançons pas dans ce débat ce soir.

Le président: M^{me} Mitchell a la parole.

Mme Mitchell: Je préconise plutôt une réforme de la fiscalité.

Je voudrais m'attarder sur le troisième point, qui m'apparaît très important et dont le projet de loi ne traite malheureusement pas. Nous soulèverons certainement la question. Pourriez-vous nous dire avec plus de précision quel genre de services de santé communautaires seraient nécessaires afin de répondre aux besoins de vos membres. Cela permettrait-il de constater une diminution du nombre de fois où l'on recourt aux soins très dispendieux des médecins et des établissements tout en requérant un meilleur contrôle du nursing et la formation

[Texte]

and a much greater need for, perhaps, nursing supervision and training of more health aides, which probably would reduce the cost of the service and lead to different kinds of job creation?

Mr. Bernauer: The majority of persons with this disability are tied to a physiatrist and a neurologist. The problems encountered in the community... very often I and many others have had this problem... is that the general practitioner does not have enough knowledge, or training, or time to consider the implications of the disability.

• 2000

Unfortunately, we seem to be making use of specialists for some minor complaints and we are, of course, then incurring higher costs by having to see the specialist, having usually to go to the hospital and having equipment used in the hospital. Whereas, in the community clinic setting, which has been my experience, I am very often able to see a nurse practitioner and have some minor complaint settled. Of course, when it comes to the need for prescribing, the doctor in the clinic is the one I again have to see.

We are also thinking in terms of attendants, not necessarily medical attendants but personal attendants, who are trained and who can also assist as part of the system or the link either to the nurse practitioner or the MD in the sense of preventive measures. When a problem is spotted in its very early stages, an awful lot of money can be saved down the road.

The example we have included has been that of the pressure sore. We have documented cases of the hospitalization costs of such complications as being just prohibitive, when a personal attendant or a nurse practitioner might have caught something like that in its early stages—still in the community. The costs to the individual, of course, who has to undergo three or six or sometimes nine months of treatment because of a simple pressure sore, those costs, if the person loses his or her job, in opportunities, lifestyle, perhaps in terms of their independent living situations, of course are rarely considered within the system. But to someone who spends an awful lot of time going through rehabilitation, making the effort to become a productive member of society, to have to lose all that because there is just nothing available where that person is, just does not make sense.

Mr. Ryan: If I may add to that, frequently, even where home care programs are in place, the time that is allocated in order to be eligible for those sometimes is not long enough. So you get a person who is suffering from a pressure sore who simply has to be grounded and cannot be seated. If they live alone, and many do, it is very hard, unless you have people coming in at certain key times, to stay in your independent situation and recover from that. But if you get into a hospital or a rehabilitation centre, the costs are much greater than they would be, even though everything is provided and you can get around without having to get up or be in your wheelchair. In other words, we are trying to deinstitutionalize as much as we can, recognizing that the paraplegic and the quadriplegic has a chronic condition, it is not a sick condition but it is a chronic disability condition, which has disability hazards that occa-

[Traduction]

d'un plus grand nombre d'auxiliaires de la santé, ce qui entraînerait une diminution des coûts du service et permettrait de créer divers postes différents?

M. Bernauer: La majorité des handicapés sont suivis par un physiatre et un neurologue. Le problème que moi et d'autres comme moi avons éprouvé, c'est que les omnipraticiens n'ont pas suffisamment de connaissances, de formation ou de temps pour tenir compte de tout ce qu'implique l'invalidité.

Malheureusement, nous semblons faire appel à des spécialistes pour des problèmes mineurs, ce qui coûte évidemment plus cher; de plus, nous devons aller à l'hôpital où l'on utilise un certain équipement. Dans une clinique communautaire, d'après mon expérience personnelle en tout cas, très souvent je peux voir une infirmière pour régler mes petits problèmes. Évidemment, lorsque j'ai besoin d'une ordonnance, je dois voir le médecin à la clinique.

Nous pensons également à tous les auxiliaires, pas seulement les auxiliaires médicaux, mais des auxiliaires personnels qui seraient formés pour s'insérer dans le système entre l'infirmière et le médecin, par exemple, en assurant la prévention. Lorsqu'un problème est détecté presque dès son apparition, on peut économiser beaucoup.

L'exemple que nous mentionnons est celui des plaies de lit. Nous avons des cas bien étayés de frais d'hospitalisation exorbitants nécessités à cause de complications, alors qu'un auxiliaire ou une infirmière aurait pu détecter ce problème au tout début chez les gens encore à domicile. Les coûts sont très élevés pour celui qui doit subir un traitement pendant trois à neuf mois à cause de simples plaies de lit; il peut, entre autres, perdre son emploi, perdre des occasions, voir son mode de vie perturbé, etc., toutes conséquences dont le système ne tient souvent pas compte. Quelqu'un qui passe beaucoup de temps à la réadaptation, qui se donne la peine de devenir un membre productif de la société, risque de tout perdre l'acquis simplement parce qu'il n'y a rien de disponible là où il habite. C'est insensé.

M. Ryan: Si vous permettez, j'ajouterai que très souvent, même là où il y a des services de soins à domicile, le temps alloué n'est pas suffisamment long. On se retrouve avec quelqu'un qui souffre de plaies de lit et qui ne peut donc plus s'asseoir. Ceux qui habitent seuls, ce qui est souvent le cas, ont beaucoup de mal à demeurer indépendants et à s'en remettre, à moins que des gens ne viennent les aider à certains moments-clés. Si on vous admet à l'hôpital ou dans un centre de réadaptation, cela coûte beaucoup plus cher même si l'on vous fournit tout sans que vous soyez obligé de vous lever ou de vous asseoir dans votre fauteuil roulant. Autrement dit, nous essayons de sortir les gens des établissements dans la mesure du possible, en reconnaissant toutefois que les paraplégiques et les quadriplégiques ont un problème chronique. Ils ne sont pas malades, mais ils souffrent d'une invalidité chronique qui pose

[Text]

sionally, despite the care that one takes, occur. With aging, and so on, the onset of these problems is more rapid than it would be for another able-bodied individual. It is our considered opinion that there is not enough scope right now in medical services to take that into account other than in an institutional setting, which is becoming fairly expensive to provide.

The Chairman: Your last question, Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: This is not exactly related specifically to the Health Act, but it is certainly related to what you are saying. I wondered if you could also elaborate on the alternatives, the really accessible housing that is needed, and whether or not, through CMHC social housing, more could be done really to acquire more accessible units in every social housing development that is subsidized by CMHC. Also, there is the whole question of transportation, whether that would be linked in with the kinds of community health centres that you are talking about.

Mr. Bernauer: The independent living situation, when it exists, is really a composite of many of these services and it involves negotiating again, with either various ministries or CMHC, transportation services—on and on and on.

• 2005

As far as housing specifically goes, I believe CMHC is asking that in each housing project a certain percentage of the units be made accessible. Beyond that, when we are speaking of severely disabled spinal cord injured persons—that is, quadriplegics who need personal assistance in the home—we are again looking at a much wider range of necessary services. What CMHC will supply is the physical setting. What we need to do from there on is supply all the other pieces of the puzzle that go into the independent living situation. The reason it takes years and years sometimes is because we have to deal with many groups and many levels of government, many departments, and try to get them to all come together at one point, even though we are speaking about different things to different people.

The Chairman: Thank you, Mrs. Mitchell. I will come back to you if I can.

Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: Thank you, Mr. Chairman.

I have just been glancing through the brief here. I really have not digested it as well as I would have liked to; perhaps some of the facts I have picked up are incorrect and you will correct me on them.

I think you will agree that the paraplegics do form a very, very difficult group of patients in the medical world. I think probably the major problem is one of different grades. You know, there are the paraplegics that are very brainy, very clever, and are quite sociable; they have great personalities, and nothing stops them—whatever they take hold of they make a success. Then there are others who are so depressed by the disability they have, or paraplegia is just part of the general illness they have. They are very, very serious problems

[Translation]

certain risques pouvant se concrétiser malgré les soins. En vieillissant, par exemple, ces problèmes surgissent plus rapidement que pour ceux qui sont en parfaite santé. Nous croyons que les services médicaux n'accordent pas en ce moment suffisamment d'importance à ces problèmes pour permettre de les régler en dehors des établissements où les coûts deviennent très élevés.

Le président: Votre dernière question, madame Mitchell.

Mme Mitchell: Ma question n'est pas directement liée au projet de loi, mais plutôt à ce que vous venez de dire. Je me demande si vous ne pourriez pas préciser les solutions de rechange, comme des logements d'accès facile; pourrait-on, par le biais de la S.C.H.L., acquérir plus d'unités faciles d'accès dans tous les édifices subventionnés par la S.C.H.L.? Il y a aussi tout le problème du transport et la possibilité qu'il y ait un lien entre celui-ci et le genre de centre de santé communautaire dont vous parlez.

M. Bernauer: L'indépendance suppose un ensemble de ces services, ce qui exige des négociations avec les divers ministères ou la S.C.H.L. avec les services de transport et tous les autres.

Pour ce qui concerne le logement, je crois savoir que la S.C.H.L. exige que chaque projet contienne un certain pourcentage d'unités accessibles aux personnes handicapées. Mais dans le cas des personnes souffrant de lésions graves à la colonne vertébrale, c'est-à-dire, les quadriplégiques, qui ont besoin de soins personnels à domicile, la gamme de services nécessaires est beaucoup plus vaste. La S.C.H.L. fournit les installations matérielles. Mais nous avons besoin d'autres concours pour permettre à ces handicapés de rester autonomes. Cela prend des années et des années parce que nous devons traiter avec beaucoup de groupes, de paliers du gouvernement et de ministères et faire en sorte qu'ils se rencontrent à un point quelconque, même si nous parlons de choses différentes à des personnes différentes.

Le président: Merci, madame Mitchell. Je reviendrai à vous si je le peux.

Docteur Hudecki.

M. Hudecki: Merci, monsieur le président.

Je viens de jeter un coup d'oeil au mémoire. Je ne l'ai pas étudié autant dans le détail que je l'aurais. Peut-être que certaines des données que j'en ai tiré sont fausses, je vous prie de me corriger si c'est le cas.

Vous conviendrez sans doute avec moi que les paraplégiques constituent un groupe de patients très difficiles pour le secteur médical. À mon avis, le plus grand problème est qu'ils ne sont pas tous au même niveau de handicap. Vous n'êtes pas sans savoir qu'il y a des paraplégiques fort intelligents, très sociables, qui ont une personnalité très agréable et qui ont suffisamment d'ambition pour réussir dans toutes leurs entreprises. Mais il y a aussi ceux qui sont très déprimés par leur incapacité. ceux dont la paraplégie ne forme qu'une partie

[Texte]

to try to help and to try to rehabilitate. For that reason, it is very difficult to read this and to project what is a true picture. I am sure you are trying to help us, and I think you will help us if you are able to grade them somewhat better and really zero in on the ones who need the maximum care.

I think the other problem you present, and with which I do not quite agree, is the downgrading of the general practitioner. You will agree with me that for many of the people with paraplegia, it is not just this paralysis that is the problem, but all the accompanying problems: kidney disease; the pressure sores; tendency to have bowel problems; their sexual life, where many of them are impaired. There are such a variety of complications. Actually, the ideal person to deal with such a variety of persons is a general practitioner. A general practitioner has the basic knowledge and understanding. It is a matter of selecting the right one and a matter of selecting a person you can talk to and can explain things to, and he understands you. Again, he is not going to milk the system by making daily calls on you, but he will supervise care with nurses or with physiotherapists or with health care personnel that can come in and can go. I think that would be an ideal team for someone who is out living in in apartment. I wonder if you could tell me if I am all wrong, or whether you agree with that.

Mr. Bernauer: First of all, the people who really need the help are the 48% of spinal cord injured who are quadraplegics. Of that 48%, it would be half of that who are the high-level quadraplegics who require attendant care, support services in the home, in the community.

Your portrait of the brainy ones and the depressed ones, yes, there are people like that. I have met all kinds of people, as I do everywhere. The people we would like to help and are helping are the high-level quadriplegics who are severely disabled and yet who have some ambition, some motivation, and for lack of physical ability alone cannot see their hopes through, are placed in institutions and left. Those are the people we are helping get back into the community.

• 2010

As far as general practitioners and the disability are concerned, I think a lot of the problem has to do with the system of rehabilitation itself. When an individual goes into that system, again you are locked to a physiatrist and a neurologist and a highly specialized staff. When the individual, if he or she is fortunate, is back in the community and goes to the family doctor, all of a sudden the apparent expertise, which was there for any number of years, is not there anymore. In some situations, the family doctors are uneasy, understandably, especially if it happens to be the first spinal cord injured person to come through the door, if that person can get through the door to begin with, which in turn makes the individual uneasy. Certainly that has been the experience of

[Traduction]

de la maladie. Leur rééducation pose de graves problèmes. C'est pourquoi il est très difficile de se faire une bonne idée de la situation en lisant ce mémoire. Je suis persuadée que vous essayez de nous aider, mais je pense qu'il serait utile que vous nous expliquiez un peu mieux les catégories de patients et ceux qui ont le plus besoin de soins.

Vous nous avez soumis un autre problème, et je dois dire que je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous: je veux parler de la dévalorisation du médecin omnipraticien. Vous n'êtes pas sans savoir que pour de nombreux paraplégiques, la paralysie n'est pas un problème unique. Cette incapacité entraîne d'autres problèmes, à savoir, des maladies de reins, les plaies dues à la pression, la tendance à avoir des problèmes intestinaux, les difficultés au niveau de la vie sexuelle. Il y a tellement de sortes de complications. Par conséquent, la personne la mieux apte à s'occuper de ce genre de problèmes est l'omnipraticien. L'omnipraticien a des connaissances et une compréhension de base. Il s'agit simplement de choisir le bon, c'est-à-dire une personne à qui on peut parler, expliquer des choses, c'est-à-dire une personne compréhensive. De plus, en règle générale, ces derniers n'abusent pas du système en effectuant des visites à domicile tous les jours. Ils contrôlent les soins à donner en collaboration avec les infirmières, les physiothérapeutes ou les travailleurs de la santé qui s'occupent du patient. Je pense que c'est l'équipe idéale pour les handicapés qui vivent dans un appartement. J'aimerais que vous me corrigiez si j'ai tort ou que vous me disiez si j'ai raison.

M. Bernauer: Premièrement, les personnes qui ont le plus besoin d'aide sont les 48 p. 100 de personnes souffrant d'une lésion à la colonne vertébrale et qui sont quadraplégiques. De ces 48 p. 100, la moitié sont des quadraplégiques avancés, qui ont besoin de soins constants et de services à la maison dans la collectivité.

Le tableau que vous avez brossé des intelligents et des déprimés est à peu près exact. Mais j'ai rencontré toutes sortes de gens parmi ces handicapés, comme c'est le cas partout ailleurs. Les personnes que nous aimerions aider et que nous aidons sont les quadriplégiques qui sont gravement handicapés, qui sont ambitieux et motivés mais qui ne peuvent pas réaliser leurs attentes à cause de leur incapacité physique, qui sont placés dans des établissements et laissés pour compte. Ce sont ces gens que nous voulons aider à réintégrer la collectivité.

Pour ce qui concerne les omnipraticiens et ce genre d'incapacité, je pense qu'une grande part du problème est attribuable au système de réadaptation. Une personne qui est en réadaptation travaille avec un physiatre, un neurologue et un personnel hautement spécialisé. Mais lorsque cette personne réintègre la société, si elle est chanceuse, elle s'adresse à médecin de famille, et tout d'un coup, toute l'expertise qui l'entourait pendant des années, disparaît. Dans certains cas, les médecins de famille se sentent mal à l'aise, ce qui est compréhensible, surtout s'il s'agit de leur premier patient souffrant d'une lésion à la colonne vertébrale, à supposer que ce patient atteigne le bureau du médecin. Le patient devient lui-même mal à l'aise.

[Text]

many people, myself included. I do not mean to say all general practitioners.

Mr. Hudecki: I think the point you are making there is sure, you do need the specialists to set out a program. But when they set out a program they send a letter to the referring doctor. Medicine is now, you know, so complicated that no one person can assimilate all the various aspects of medicine and surgery; more and more it is getting to be as it is in law, you know, where they know exactly where to get the information.

Family practitioners can get the information and do get the information from the appropriate specialists. They are the best people to deal with the time when you should be sent back to that specialist; they are by far the best to deal with the various problems of depression and so on that are associated with it. So I think in order to get back into the community and have good health care, that team should be developed. I think that team is very viable, and can be very, very effective. I do not think it should be underrated in any way.

That person that you are referring to—that is, the highly motivated, intelligent person who has the misfortune of being a paraplegic—has only two alternatives. If he is going to live by himself in an apartment and needs care around the clock, that becomes a very difficult problem. The solution that is used in many communities is to have an apartment set up where a number of these are together. Then you could call in various supporting staff and give all-around care. Many volunteer organizations have been very helpful in that.

Would you make any comments? Have you been satisfied with what they have been doing in that set-up? Is it not enough, or is it too much? Are they sort of inhuman to you? Are you not too pleased with that particular arrangement?

Mr. Bernauer: I happen to live in a completely independent setting, in that I am not in a group home. However, the individuals I was speaking of do require constant—not constant attention, I should not say that, but rather scheduled attention, whether it be mornings and evenings or more often. There is a great variation from one individual to another.

But yes, exactly, this is the example we use in the brief; it is actually a group home. The problem we have is with the difficulty in establishing a simple small group home such as this, and then the problem that arises in the health care system when those people are taking up rehabilitation beds and all kinds of beds for over two years, while other people who are waiting to come in to be rehabilitated cannot. They may be sitting in acute care or long-term care . . .

Mr. Hudecki: I think you are getting away from what we need to know. In a group home, do you feel that care is inadequate as it is now?

Mr. Bernauer: No, it is not inadequate. It is just very hard to find; it is very rare. We have, to my knowledge, four in the City of Toronto, and we have waiting lists in excess of two

[Translation]

C'est le cas de nombreuses personnes dont moi-même. Cela ne vaut cependant pas pour tous les omnipraticiens.

M. Hudecki: Ce à quoi vous voulez en venir, c'est que nous avons besoin des spécialistes pour mettre un programme sur pied. Une fois le programme établi, une lettre est envoyée au médecin traitant. Comme vous le savez, la médecine est devenue tellement compliquée qu'une seule personne ne peut pas assimiler tout ce qu'il faut savoir en médecine et en chirurgie. La médecine ressemble de plus en plus au droit et comme vous le savez, dans cette profession, on sait où trouver l'information nécessaire.

Les omnipraticiens ont accès à l'information et l'obtiennent des spécialistes appropriés. Ils sont les mieux en mesure de décider quand il convient de revoir les spécialistes. Ils sont les mieux en mesure de traiter les divers problèmes de dépression et autres qui sont liés à ce genre de handicaps. Je pense donc qu'il faudrait mettre ce genre d'équipes sur pied pour faciliter la réinsertion dans la société et assurer des bons soins de santé. Le principe de l'équipe est tout à fait rentable et pourrait être très efficace. Il ne faudrait pas le sous-estimer.

Les patients dont vous avez parlé, c'est-à-dire les handicapés très motivés et très intelligents qui ont le malheur d'être paraplégiques, ont deux possibilités. Ceux qui veulent vivre seuls en appartement et qui ont besoin de soins 24 heures sur 24 font face à un problème très compliqué. La solution que l'on applique dans bien des collectivités consiste à regrouper plusieurs handicapés dans un seul logement. Ceci permet de faire appel aux divers travailleurs de la santé nécessaires pour fournir des soins complets. Beaucoup d'organisations bénévoles nous ont beaucoup aidés dans ce sens.

Avez-vous autre chose à dire? Êtes-vous satisfait de ce qui a été fait dans ce sens? Est-ce insuffisant ou trop? Ces centres vous semblent-ils inhumains? N'êtes-vous pas content de ce genre d'arrangements?

M. Bernauer: Personnellement, j'ai toute mon autonomie. Je ne vis pas dans ce genre de centres. Les personnes dont je vous parlais ont besoin de soins constants, ou plutôt réguliers, le soir et le matin ou plus souvent, par exemple. La situation varie selon la personne.

C'est justement l'exemple que nous avons utilisé dans le mémoire. Il s'agit d'un logement communautaire. Cependant, il est très difficile de créer ce genre de petits centres; il y a aussi un problème qui surgit lorsque ces personnes occupent des places dans des centres de réadaptation ou des lits dans d'autres établissements pendant une période de plus de deux ans, tandis qu'il y a d'autres personnes qui sont sur la liste d'attente et qui n'ont pas accès à ce genre de soins de réadaptation. Ils attendent dans bien des cas dans des centres pour malades aigus ou de soins à long terme . . .

M. Hudecki: Je pense que vous vous éloignez de la question. Trouvez-vous que les soins soient suffisants dans les foyers de groupe?

M. Bernauer: Non, ils ne sont pas insuffisants. Mais ce genre de places est très difficile à trouver. C'est très rare. Que je sache, il existe quatre logements semblables à Toronto et

[Texte]

years for openings. That is the problem. But as far as the setting goes this is what is needed and it makes economic sense as well, even though it is expensive.

• 2015

Mr. Hudecki: This is the type of a setting that often various service clubs are very much interested in and are looking for, like the Rotary Club, the Lions. Have you had much experience with that? You do not have to go after them; they come to you, providing you give them an opportunity and you tell them what the role is, what its costs are. What has been your experience using the voluntary sector of a community? Again, this is not meant to criticize but to help us in putting the thing in the right perspective.

Mr. Ryan: Perhaps I could comment on that.

I think that there has been support from those sectors, but because of the nature of the community setting you have a number of factors: start-up costs, the acquisition of your premises, whether they are being rented or purchased or built. But the on-going costs, the daily costs of running and operating and so on are frequently beyond the capability of a voluntary group. They might get you started, they might equip it, they might provide furnishings or they might give you seed money or whatever, but the daily costs of housing six or ten people really exceeds the capability of a voluntary group.

But yes, we have had some very positive experiences in being helped by them. I would like to just underline what Mr. Bernauer said about the acceptability of these. We are saying we would like to see them be the rule rather than the exception. And as I said to Mrs. Mitchell, the fact is that the time an attendant is eligible to provide, or the time that is offered, sometimes needs to be extended. So often the home care is conceived as a way of getting someone who has been sick or who has had an operation back into his daily life. As I suggested, these people we are dealing with are in a chronic condition of disability. They are not going to get any better in the sense of being able to do more than they have already been able to do. But they are not sick, they do not need care for a short period of time; they need it on an on-going basis. But with that they will be able to do much more than they could do without it.

The Chairman: Thank you, doctor. I will go to Miss MacDonald.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): We are each going to share a question. I want to ask a question that is really outside the ambit of your presentation, but it does have its own particular bearing on health.

I am very interested in the kinds of training that are being made available to people who are disabled, who are handicapped, who are in situations such as those in your association, particularly in institutions. The kind of training I am thinking of has to do with the microchip. I sometimes think that of all of the groups that will benefit eventually, those who

[Traduction]

nous avons des listes d'attente de plus de deux ans. C'est là le problème. C'est une très bonne solution et qui est rentable, même si elle est dispendieuse.

M. Hudecki: C'est exactement le genre de centres auxquels diverses associations civiques s'intéressent particulièrement. Je pense au *Rotary Club* ou aux *Lions*. Avez-vous eu beaucoup de contacts avec ces associations? Vous n'êtes même pas obligé de communiquer avec elles. Ce sont elles qui s'adressent à vous si vous leur présentez un projet et que vous leur en décrivez le rôle et les coûts. Avez-vous fait appel au secteur bénévole d'une collectivité? Il ne s'agit pas d'une critique, mais bien d'une façon de nous aider à remettre les choses dans leur perspective.

M. Ryan: Je serai peut-être en mesure de répondre à cette question.

Nous avons eu de l'appui de ces secteurs, mais à cause de la nature même de la collectivité, il y a un certain nombre de facteurs qui entrent en ligne de compte, comme les coûts de lancement, l'acquisition des locaux, qu'il s'agisse de location, d'achat ou de construction. Mais les coûts courants, les coûts quotidiens d'administration d'un centre semblable excèdent souvent les capacités des organisations bénévoles. Ces associations peuvent nous aider à démarrer, à équiper un logement et dans certains cas, peuvent même nous fournir des meubles ou des fonds. Mais les coûts inhérents au logement pour six ou dix personnes dépassent les capacités d'un groupe de bénévoles.

Je tiens cependant à souligner que nous avons reçu beaucoup d'aide de ces associations. Je voulais simplement mettre l'accent sur ce que M. Bernauer a déjà dit à leur sujet. Nous voudrions que ce genre de centres devienne la règle plutôt que l'exception. Et comme je l'ai dit à M^{me} Mitchell, il arrive souvent que les soins dispensés doivent être prolongés. En effet, l'on pense souvent aux soins à domicile comme un moyen d'aider une personne qui a été malade ou qui a subi une intervention chirurgicale à reprendre ses activités quotidiennes. Mais les cas que nous traitons sont des personnes qui souffrent d'un état chronique d'incapacité. Ces personnes ne peuvent pas s'améliorer en ce sens qu'elles ne peuvent pas accomplir plus qu'elles ne le font déjà. Mais ce ne sont pas des malades. Ce ne sont pas des personnes qui ont besoin de soins à court terme. Elles en ont besoin de manière permanente. Et elles peuvent accomplir beaucoup plus avec ces soins qu'elles ne le feraient.

Le président: Merci beaucoup, docteur. Je vais maintenant donner la parole à M^{le} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Nous voulions partager une question. La question que j'ai à vous poser n'a pas trait à votre exposé mais concerne directement le secteur de la santé.

Je suis très intéressée au genre de formation offert aux personnes qui souffrent d'incapacité, et aux handicapés, comme les membres de votre Association, et surtout aux personnes qui vivent en établissement. Le genre de formation auquel je pense relève du domaine de la puce. Je pense que de tous les groupes qui profiteront à long terme de ces développe-

[Text]

are handicapped in some fashion may benefit the most. At least I am hoping that may come about.

What I would like to know is if you can give us any idea whether or not this is being begun as a training program in institutions, and if you do not have that kind of information, can you tell us would it be possible for you to acquire it and let some of us who are interested in this aspect of rehabilitation have that information? I think, in the long run, if it is properly carried out it can have a great deal of impact on health, on mental health particularly, on what a person feels they can contribute to a community.

Mr. Ryan: In an institutional situation, my understanding is that not very much is happening. In our own institution, which is a rehabilitation centre devoted to active rehabilitation, we have two teachers now. They are placed by the local school board and they are using computers very extensively. They are using them in teaching. They are using them in training, in actual use, in the programming of computers. But I know of only a couple of other institutional settings where an individual is carrying on any kind of training or is dealing in computer technology.

• 2020

Some of the problems in institutions are that you do not get the kind of care you need to be active. It is custodial care. With some people—some of our members who have been in chronic care—we have had trouble even getting them out of bed and into their wheelchairs. There just is not anyone around to get them out, and so in terms of institutional settings, very little is done.

This is why we come down very heavily on the side of the non-institutional in our comments, but I would be happy to try to provide you with more information. There are a few glimmers. There are certainly some companies who are computerizing their operations which have shown a great deal of interest in opening positions to disabled persons. We have tried to respond as much as we can in that, and there has been a growing interest on the part of disabled persons themselves in pursuing computer technology and programming and analysis and that sort of thing.

The Chairman: Mr. Epp.

Mr. Epp: Just one question, Mr. Chairman, if I might.

On page 3 of your brief, you mentioned the increased federal funding made available through the established programs financing fiscal arrangements. I will not go through all of that. You leave the impression that there could have been diversions of health funds to other expenditures. I think, in 1980, Justice Hall made a fairly close statement on it. The other point—I am not trying to pick your brief apart—is number four, in which you mention the 50-50 cost sharing. I think frankly with the agreements that the provinces and the federal government now have that most would favour the present arrangement and rather see additional funds for services now not called insured services, rather than a return to the 50-50. I am just wondering if I could go back to my first

[Translation]

ments technologiques, ce sont sans doute les handicapés qui y trouveront le plus leur compte. Du moins, c'est ce que j'espère.

J'aimerais savoir s'il existe un programme de formation en établissement. Si vous ne possédez pas ce genre de renseignements, vous serait-il possible de les obtenir et d'en faire part à ceux d'entre nous qui s'intéressent à cet aspect de la réadaptation? Je pense que ce genre de programmes, à long terme, et dans des bonnes conditions, peut avoir une incidence considérable sur la santé et la santé mentale, plus particulièrement, sur l'apport qu'une personne peut fournir à la collectivité.

M. Ryan: Que je sache, il n'y a pas beaucoup d'activités en ce sens en milieu institutionnel. Dans notre établissement, qui est un centre de réadaptation pratiquant une thérapie active, nous avons à l'heure actuelle deux enseignants. Ils sont placés là par la commission scolaire locale et ils se servent beaucoup de l'ordinateur. Ils s'en servent pour l'enseignement, ainsi que pour apprendre aux patients la programmation. Mais je ne connais que très peu d'autres établissements qui dispensent une formation informatique ou qui utilisent l'ordinateur.

L'un des problèmes dans les établissements est que l'on y trouve pas le genre de soins qui permet de devenir actif. On y fait du gardiennage. Très souvent même, on a du mal à obtenir que les patients sortent de leurs lits et soient placés dans un fauteuil roulant. Il n'y a personne pour les aider et c'est pourquoi, dans un milieu institutionnel, il se fait très peu de choses.

C'est pourquoi dans notre mémoire, nous sommes tellement en faveur du cadre non institutionnel. Si vous voulez, je peux vous trouver d'autres renseignements. Il y a quelques lueurs d'espoir. Certaines entreprises qui passent à l'informatique se sont montrées très intéressées à ouvrir des postes aux handicapés. De notre côté, nous avons essayé de réagir à cette demande et beaucoup de handicapés aujourd'hui s'intéressent à l'informatique, à la programmation des ordinateurs, à l'analyse, etc.

Le président: Monsieur Epp.

M. Epp: Juste une question, monsieur le président, si vous le permettez.

A la page 3 de votre mémoire, vous mentionnez l'aide fédérale accrue apportée par l'intermédiaire des accords de financement des programmes établis. Je ne vais pas entrer dans le détail, mais vous donner l'impression que des fonds de santé auraient été détournés sur d'autres postes. Je crois que le juge Hall, en 1980, a fait justice de cette affirmation. Par ailleurs—et je ne veux pas démonter votre mémoire—à la page 4, vous mentionnez le partage par moitié des coûts. Franchement, je crois que la plupart des provinces préféreraient conserver le système actuel avec des fonds supplémentaires pour les services qui ne sont pas actuellement assurés, plutôt que de revenir à la formule 50-50. Pour en revenir à la

[Texte]

point: Am I giving you the wrong evidence or the wrong basis? What was the basis of the statement you made?

Mr. Ryan: I hope we did not leave that impression, Mr. Epp, because we were not saying that the funds have been diverted for other purposes. What we were saying was that it appears that the increased federal funding has led to a decrease in provincial funding, so that while the funds that were given through transfers may not have been used for other purposes, counterpart funds may not have been coming in to the same degree as they were previously. In other words, the provincial share of insured service funding seems to be falling off, not that the federal moneys were being used for other purposes but that the provincial level does not seem to be staying up there.

Mr. Epp: My figures would not indicate that. I guess we could argue figures for a long time but I just thought I should highlight that. I think most people would agree that there is about 50.3% of insured services are federally funded, and obviously that leaves the rest for the provinces and that is quite straightforward. On the other hand, there is no question that programs that people would like to have developed and in fact have been developed in some cases have not received federal funding. There is always this classical argument about the federal and the provincial levels of funding; that is, services beyond the so-called insured services. I think we could take a look just at the budget of Mr. MacEachen. For instance, he identified a saving to the federal government of \$5.7 billion over the five-year period on the new arrangements as of 1982, and that is why I had some difficulty with the statement you were making.

Mr. Ryan: One of our concerns is how to encourage, how to provide incentives for developing some of these new services. Frequently, a government at the provincial level might say, we would love to do it, we just do not have the money to do it.

• 2025

My perception is that in the past, perhaps not always in the long term and in a reasonable way, is that there was an incentive from the federal level saying what appears in our . . .

Mr. Epp: [inaudible—Editor]

Mr. Ryan: That is right. We are prepared to put money into this area. And consequently it drew provincial money to match it. I guess we would like to see that happen again, especially in these areas that we have tried to highlight, of attendant care and so on.

Mr. Epp: I understand that.

Mr. Ryan: So that is the point we are trying to make. Perhaps we have put it together wrongly and left a bad impression, but that is the impression . . .

Mr. Epp: Well, not a bad impression. I just did not quite understand it. Thank you.

Mr. Ryan: Yes. That is what we were trying to say.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp. I will ask Mr. Schroder to end the questioning now.

36134—2

[Traduction]

première question: Vous ai-je mal compris ou bien sur quoi fondez-vous la déclaration que vous avez faite?

M. Ryan: J'espère que nous n'avons pas donné cette impression, monsieur Epp, car nous ne prétendons nullement que les fonds ont été détournés vers d'autres fins. Ce que nous disons, c'est qu'il semble que l'augmentation de l'apport fédéral ait entraîné une diminution de l'apport provincial si bien que, sans qu'il y ait détournement, les provinces n'apportent pas autant qu'elles le faisaient par le passé. Autrement dit, l'apport provincial du financement des services assurés semble diminuer, mais cela ne veut pas dire que les fonds fédéraux sont utilisés à d'autres fins.

M. Epp: Mes chiffres ne l'indiquent pas. On pourrait se battre à coups de statistiques, mais je voulais mettre cela en lumière. Tout le monde est à peu près d'accord pour reconnaître qu'environ 50.3 p. 100 des services assurés sont financés par le gouvernement fédéral et le reste vient obligatoirement des provinces, c'est très clair. Par contre, il est vrai que des programmes que beaucoup de gens souhaitent et qui ont été effectivement mis en oeuvre dans certains cas ne reçoivent pas de fonds fédéraux. Il y a toujours la discussion classique entre le niveau de financement fédéral et le niveau provincial, c'est-à-dire celui des services qui ne font pas partie de ce que l'on appelle les services assurés. Il suffit de regarder le budget de M. MacEachen. Par exemple, il a identifié une économie de 5.7 milliards de dollars sur cinq ans pour le gouvernement fédéral, découlant des nouveaux accords de 1982 et c'est pourquoi je ne peux pas tout à fait accepter ce que vous disiez.

M. Ryan: Le problème pour nous est de savoir comment encourager, comment inciter la mise en place de ces nouveaux services. Très souvent, le gouvernement provincial vous dira qu'il souhaiterait beaucoup le faire, mais qu'il n'en a pas les moyens.

J'ai l'impression que par le passé, peut-être pas toujours dans une perspective à long terme et de façon suffisante, il y a eu un encouragement de la part du fédéral pour que . . .

M. Epp: [intervention inaudible—l'éditeur]

M. Ryan: C'est exact. Nous sommes prêts à y consacrer des crédits. Et par voie de conséquence, cela a attiré des sommes équivalentes de la part des provinces. Je suppose que nous aimerions que cette pratique soit reprise, notamment dans certains domaines que nous avons énumérés, comme celui de l'aide, etc.

M. Epp: Je comprends.

M. Ryan: Voilà ce que nous cherchons à faire valoir. Nous avons peut-être mal présenté les choses, et avons été compris de travers . . .

M. Epp: Pas de travers du tout. Je n'étais pas certain de tout comprendre. Merci.

M. Ryan: Oui. Voilà ce que nous voulions dire.

Le président: Merci, monsieur Epp. Je vais demander à monsieur Schroder de terminer la période des questions.

[Text]

Mr. Schroder: Thank you very much. I am very pleased to have this opportunity to meet with you. I guess what I am also pleased about is that you are here to support the Canada Health Act. It seems to me the principles that are involved, the basic principles involved in the Canada Health Act, you support. I can understand your fear about user fees and extra-billing, particularly because you do not suddenly need rehabilitation. Before you get rehabilitation, you need a lot of supportive medical care up to that point. Any one of us could have this happen in our families and end up with a paraplegic. I guess the first thing I would like you to tell us is, what are the commonest causes of paraplegia?

Mr. Bernouer: Approximately—and this was in the year April 1, 1982 to March 31, 1983—approximately 58% were motor vehicle and motorcycle; 49%, I believe, were motor vehicle, and the remainder were motorcycle; industrial accidents, including falls; sporting. We are looking at a dramatic increase in spinal cord injury through hockey in this country. We are also looking at football, gymnastics, diving, swimmers... those are some of the major causes. These are also the objects of our prevention campaigns which we have been conducting for a number of years.

Mr. Schroder: And as a result of this, could you tell me sort of the natural history of what happens from the standpoint of the requirement for medical care; how long it takes you to come through the system whereby you eventually end up having to look for some kind of permanent rehabilitation?

Mr. Bernouer: Do you want me to start at the site of injury? I can start at the site of injury. What is required at that time? What is required from that point on is, of course, a highly specialized medical team. And we are seeing some paramedics in a few places in this country now, and that is really what is required. We are looking at approximately three to six months of acute care, and then, depending on the severity of the injury, depending on how high in the spine the injury happens to be, we may be looking at from six months to two years and more of rehabilitation. And again, depending on the severity of the injury and the availability of housing and transport services, an individual may be spending anywhere from nine months then up until several years in the system. Now, unfortunately, a number of individuals and even groups of people we know are spending an additional two to three years in the system because they cannot move on from that point.

The Chairman: Your last question, Dr. Schroder.

Mr. Schroder: That is interesting. In my community, Guelph, we have a very active organization for the disabled and we have several pilot projects which I have been fortunate enough to get Canada Community Development funds to develop—retro-fitting for apartments for independent living. I guess what I am seeing is this is kind of an experimental thing and I can see that in the future more and more paraplegics will be looking towards living independently in the community.

[Translation]

M. Schroder: Merci beaucoup. Je suis très heureux de pouvoir faire votre connaissance. Je suis également heureux de voir que vous êtes venu apporter votre soutien à la Loi canadienne sur la santé. J'ai bien l'impression que vous êtes partisan de l'application des principes qui sont à l'origine de cette loi. Je comprends très bien votre crainte en matière de surfacturation et de frais modérateurs, et notamment parce qu'on n'a pas besoin de réadaptation tout d'un coup. Avant la réadaptation, vous avez besoin de beaucoup de soins médicaux. Chacun d'entre nous ici pourrait très bien, un jour, avoir un paraplégique dans sa famille. J'aimerais donc d'abord vous demander: Quelles sont les causes les plus courantes de paraplégie?

M. Bernouer: De façon approximative—et ces chiffres concernent la période du 1^{er} avril 1982 au 31 mars 1983—pour 58 p. 100 des cas, il s'agit d'accidents de voiture et de motocyclette; 49 p. 100, je crois, sont des accidents de voiture, et pour le reste, des accidents de motocyclette. Il y a aussi les accidents de travail, les chutes, et le sport. Il y a également un accroissement effrayant des blessures à la colonne vertébrale, au cours des parties de hockey. A cela s'ajoutent les parties de football, les séances de gymnastique, de plongée, de natation... Voilà donc les causes les plus fréquentes. C'est à ces activités que s'adressent également nos campagnes de prévention, depuis plusieurs années.

M. Schroder: Pourriez-vous me donner un aperçu historique de ce qui se passe dans la plupart des cas en matière de soins médicaux; combien de temps cela prend-il avant que vous n'ayez plus besoin de soins, et que vous soyez éventuellement réduit à des séances indéfinies de réadaptation?

M. Bernouer: Est-ce que vous voulez que je commence au moment de l'accident même? Je peux le faire. De quoi a-t-on besoin à ce moment-là? Eh bien, de toute évidence, d'une équipe médicale hautement spécialisée. On voit d'ailleurs des équipes de personnel paramédical, qui se créent dans ce pays, et c'est exactement ce dont on a besoin. Il faut donc environ trois à six mois de soins actifs, et ensuite, en fonction des cas, en fonction des lésions à la colonne vertébrale, il faut de six mois à deux années ou plus de réadaptation. Et je le répète, en fonction de la gravité du cas, en fonction des disponibilités en matière d'hébergement et de services de transport, le paraplégique pourra passer de neuf mois à plusieurs années au sein du système médico-hospitalier. Malheureusement, il y a des individus, ou même des groupes entiers que nous connaissons, qui passent deux ou trois années supplémentaires au sein du système médico-hospitalier, parce que la suite fait défaut.

Le président: Votre dernière question, monsieur Schroder.

M. Schroder: Voilà qui est intéressant. A Guelph, d'où je suis, nous sommes très organisés pour l'aide aux handicapés, et nous avons plusieurs projets-pilotes qui ont eu la chance d'être subventionnés au titre du développement communautaire du Canada et notamment pour réaménager des appartements en vue d'une vie autonome. Je vois que cela en est au stade expérimental, pour le moment, et je crois que de plus en plus les parapléaniques chercheront à pouvoir vivre de façon autonome au sein de la société.

[Texte]

• 2030

I can understand your concern about alternatives to the system that we have now, and I was interested to hear you mention the role of paramedics and the kind of nursing care that is going to be required in the future. So there is no question in my mind, and I just want to hear you say something about your concept of how you can see the whole delivery service changing in the future.

The Chairman: A final comment, gentlemen.

Mr. Ryan: There is a change in the attitudes of persons who are becoming spinal cord-injured. They still remain a fairly young group of people. The majority tend to be single, and their desire is not to be institutionalized. Their desire is to become rehabilitated so that they can become active, even if the level of activity is fairly low level. But with the technical aids and with the other devices that are available, they know that they can do a lot of things that could not be done before. They can drive cars now with virtually zero effort because of all the things that can be put on the vehicle. So we see very much a trend and a push toward de-institutionalizing. In our hospital we have had situations become very grave when people simply got lawyers and said they were not going to chronic care. They said they would fight it as a court case. They said if we tried to put them in an ambulance, they would charge us with assault. I mean, people feel that strongly about living independently. And so I think you are right: this is going to continue. I think we have enough models. We have enough models in various parts of the country to know that it works. We are not testing something here and saying is it going to work or not.

So we hope that the proposed Act somehow can incorporate this and see this as a real dimension of genuine health care, but in a non-institutionalized way.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Ryan and Mr. Bernauer for coming tonight on behalf of the Canadian Paraplegic Association. We appreciate you coming and appreciate your testimony. Thank you again.

Mr. Ryan: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: I will ask the Consumers' Association of Canada to come forward to the table, please.

As our second group of witnesses tonight we are very pleased to have with us representatives from the Canadian Consumers' Association of Canada. Miss Barbara Shand is the president, I think. Miss Shand, I saw you on television last night, if I was correct. I am pleased to see you again tonight in person.

Perhaps first of all you could introduce the group you have with you. We do have a brief from you, and we usually ask you to make a fairly brief summary of what you would like to highlight and then we would like to question you after that.

[Traduction]

Je comprends très bien votre intérêt pour toutes les solutions alternatives possibles au système dont nous disposons maintenant, et j'ai été intéressé par ce que vous avez dit tout à l'heure sur les équipes paramédicales et les soins infirmiers dont nous aurons besoin à l'avenir. Tout cela ne fait aucun doute pour moi, et j'aimerais que vous nous disiez comment l'ensemble du système de soins pourrait être modifié.

Le président: Une dernière réponse, messieurs.

M. Ryan: Je pense que l'on assiste à une évolution dans l'attitude des accidentés de la moelle épinière. Pour l'essentiel, ce sont encore des jeunes. La majorité d'entre eux sont célibataires, et ils ne veulent absolument pas aller en institution. Ils désirent donc être réadaptés, pouvoir être actifs, même si le niveau d'activité reste assez bas. Toutefois, étant donné les moyens techniques dont on dispose et les appareils qui sont construits, on peut faire de plus en plus de choses qui n'étaient pas possibles par le passé. Ils sont capables de conduire, sans aucun effort pour ainsi dire, grâce à toutes ces améliorations techniques. Nous voyons donc une tendance à la désinstitutionnalisation. Nous avons assisté, dans notre hôpital, à des conflits graves avec participation d'avocats, lorsque certaines personnes refusaient d'être transférées aux soins de longue durée. Elles ont menacé de poursuivre l'hôpital devant les tribunaux. Elles ont même dit que si nous cherchions à les transporter en ambulance, elles nous accuseraient de voies de fait. Voilà ce que je veux dire lorsque je parle d'une tendance très forte à l'autonomie. Vous avez donc raison, à mon avis: cette tendance se confirmera. Nous avons suffisamment de modèles à notre disposition. Et nous avons suffisamment de modèles qui fonctionnent. Nous n'en sommes plus, maintenant, à l'époque des expériences.

Nous espérons donc que le projet de loi pourra en tenir compte, et intégrer cet aspect de la question dans une conception générale des soins, mais toujours à l'extérieur de l'institution.

Le président: Merci beaucoup, monsieur Ryan et monsieur Bernauer, d'être venus ce soir au nom de l'Association canadienne des paraplégiques. Nous sommes heureux que vous soyez venus et nous avons beaucoup apprécié votre témoignage. Merci beaucoup encore.

M. Ryan: Merci, monsieur le président.

Le président: Je demanderai donc à l'Association des consommateurs du Canada de s'avancer.

Notre deuxième groupe de témoins, ce soir, que nous sommes heureux d'accueillir, est composé de représentants de l'Association des consommateurs du Canada. M^{lle} Barbara Shand en est la présidente, je pense. M^{lle} Shand, je vous ai vue à la télévision hier soir, est-ce bien cela? Je suis heureux de vous revoir ce soir en chair et en os.

Vous pourriez peut-être d'abord présenter les personnes qui vous accompagnent. Nous avons votre mémoire, et nous vous demandons en général de faire un résumé rapide de ce que vous voulez mettre en lumière, pour pouvoir passer ensuite aux questions.

[Text]

Miss Barbara Shand (President, Consumers' Association of Canada): and titles please, no documentation available yet). Thank you, Mr. Chairman, and members.

I would like to introduce the representatives that I have with me. I plan on making a brief opening statement, but I would like our submission to be a part of the record. I will not attempt to read the whole thing.

• 2035

On my left is Mrs. Rose Rubino, who is chairman of our National Health Committee; on my right is Dr. Richard Plain, who is vice-president of the national association; on my extreme left is Andrew Cohen, the director-general of the national association.

We are delighted to have this opportunity to appear before you this evening. The Consumers' Association of Canada has awaited no piece of legislation with greater anticipation. It has worked no harder on any other piece of policy for the past several years. It sees no area of greater consumer concern than the health care of Canadians. CAC maintains more than 45 provincial and local organizations across this country. At the national level, our board of directors sets CAC policy on the advice of a provincial presidents council, policy advisory councils and national issues at committees, and these are of course all subject to ratification by our national annual meeting.

Delegates to annual meetings are elected from across the country and in addition to reviewing the work of the board of directors, are called upon to debate and adopt or reject resolutions on consumer policy issues. Most of these issues, of these resolutions, are initiated at the local or the provincial level. We have about 150,000 members of the Consumers' Association of Canada, give or take 1,000 one way or the other. For more than 20 years the Consumers' Association of Canada has considered health care delivery and health care insurance to be matters in which the consumer interests should be given the highest priority. This has resulted in a long list of national resolutions addressing consumer health issues.

In the late 1970s CAC members began to sense a growing public concern over the future of Canada's health care insurance system. This has led to the adoption, since 1979, of not one but two major national resolutions calling on governments in this country to put an end to what one resolution called the "Progressive Deterioration of the Principles of the National Health Insurance System".

There is another important indicator of growing concern among CAC members over the future of the national health care insurance system: An increase in the amount of volunteer and staff time devoted to this issue. Since 1980 alone CAC national and five of our provincial organizations have submitted or made public a total of 11 briefs and position papers on this subject of the health care system. Countless letters have gone from our national, provincial and local associations to

[Translation]

Mlle Barbara Shand (présidente, Association des consommateurs du Canada): Merci beaucoup, monsieur le président et messieurs les membres du Comité.

Je vais présenter les délégués qui m'accompagnent. J'ai l'intention de faire une brève déclaration liminaire, mais j'aimerais que notre mémoire soit versé aux comptes rendus des débats. Je ne chercherai pas à le lire en entier.

A ma gauche, M^{me} Rose Rubino, présidente du Comité national de la santé; à ma droite, M. Richard Plain, vice-président de l'Association nationale; à mon extrême gauche, M. Andrew Cohen, directeur général de l'Association nationale.

Nous sommes enchantés de pouvoir venir vous rencontrer ce soir. L'Association des consommateurs du Canada n'a jamais attendu un projet de loi avec autant d'intérêt. Il n'y a pas d'autre question de politique qui ait davantage retenu son attention depuis quelques années. L'Association tient les soins de santé pour les Canadiens très à coeur. L'A.C.C. compte plus de 45 sections provinciales et locales au pays. Au niveau national, notre conseil d'administration arrête les politiques de l'A.C.C. après avoir pris conseil des présidents des conseils provinciaux, des comités consultatifs de politique et des comités portant sur les questions d'intérêt national; ces politiques doivent être bien sûr entérinées lors de notre assemblée nationale annuelle.

Toutes les régions du pays envoient des représentants à cette assemblée annuelle; ces représentants en plus de l'examen du travail du conseil d'administration, doivent entériner ou rejeter les résolutions portant sur la politique de protection des consommateurs. La majorité de ces résolutions proviennent des sections locales ou provinciales. L'Association des consommateurs du Canada compte environ 150,000 membres, à 1,000 près. Depuis plus de 20 ans, l'Association des consommateurs du Canada estime que la prestation des soins de santé et l'assurance-santé sont des questions où il faut d'abord entendre les intérêts du consommateur. C'est ainsi que nous avons de nombreuses résolutions nationales portant sur les questions de santé touchant le consommateur.

Vers la fin des années 1970, les membres de l'A.C.C. ont ressenti une préoccupation croissante quant à l'avenir du réseau d'assurance-maladie du Canada. C'est ainsi qu'en 1979, nous avons adopté non pas une mais deux résolutions nationales d'importance, invitant les gouvernements du pays à mettre fin à ce que dans une résolution on appelle: «la détérioration progressive des principes sous-jacents au réseau national d'assurance-maladie».

Un autre facteur important montre bien l'intérêt que portent les membres de l'A.C.C. au réseau national d'assurance-santé: le nombre d'heures consacrées par les bénévoles et les permanents à cette question a augmenté. Depuis 1980, l'Association nationale et cinq sections provinciales ont présenté ou publié 11 mémoires et documents d'orientation à ce sujet. Les associations locales, provinciales et nationales ne comptent plus les lettres envoyées aux législateurs et aux gouvernements

[Texte]

federal and provincial governments and legislators. We do not give up, Mr. Chairman!

I would like at this point to apologize to you for not having had the time to provide our material to you in both official languages. Our brief was put together with the participation of CAC members across the country and was only completed in its final form this afternoon. We should let you know right from the start where we stand. It is hot still!

An Hon. Member: It is lucky we did not have more time.

Miss Shand: We think that access to medical care in this country should not be based on the ability to purchase it in the marketplace. Canadians have expressed their desire over and over again for a government sponsored health insurance plan which guarantees that access. We think that government has both the right and the inescapable responsibility to ensure that the granting of a licence to practice medicine in no way limits access to health care. We think that the practice of medicine is a high calling that brings with it certain rights and responsibilities which must set doctors apart from other business people in the Canadian community. But we deplore the practice of extra billing and we oppose, unilaterally, the levying of user fees by hospitals. We support the proposed legislation you have before you.

As an association we usually find ourselves supporting the notion of user-pay. In general, we insist that those consumers who choose to purchase a service should pay for it themselves and that their use of such services should not be subsidized by other consumers who do not want the service. We say this about credit card fees, bank service charges, airline fares and about the Post Office. We make exceptions, however, for basic necessities and we can think of no better example of this type of exception than health care.

• 2040

This is a wealthy nation of ours, there is no reason to subject a basic requirement such as health care to the vagaries of the marketplace, precisely because the notion of a marketplace implies choice by a consumer to be in the marketplace. To suggest otherwise is to call into question the need for the most basic service a civilized society can provide for its citizens. In our view, to put the entire population potentially at risk to preserve some antiquated notion of free enterprise for elite group would be an act of immense irresponsibility, an enormous social injustice and an intolerable act of hostility toward the Canadian people. You may think these words are too strong, but we cannot accept quietly a system which sells health to those who can afford to pay for it and leaves others to their own devices.

We can no more deny medical services to the sick than we can deny old age security to the aged on the grounds of their age, or social assistance to the poor on the grounds of their poverty.

[Traduction]

fédéral et provinciaux. Nous n'abandonnons pas facilement, monsieur le président!

Je tiens, à ce moment-ci, à m'excuser car nous n'avons pas eu le temps de vous transmettre notre mémoire dans les deux langues officielles. Nous avons compilé notre mémoire d'après des notes présentées par des membres de l'Association dans tout le pays et ce n'est que cet après-midi que nous y avons mis la dernière main. Vous devez bien connaître notre position. Notre mémoire est encore tout frais!

Une voix: Heureusement, nous n'avions pas plus de temps.

Mme Shand: Au Canada, l'accès aux soins médicaux ne doit pas reposer sur les moyens financiers individuels. Les Canadiens ont bien fait connaître l'importance qu'ils accordent à un régime gouvernemental d'assurance-santé qui leur garantit justement cet accès. Le gouvernement a à la fois le droit et la responsabilité de faire en sorte que l'octroi d'un permis d'exercice de la médecine ne limite aucunement l'accès aux soins de santé. La médecine est une vocation dont découlent certains droits et responsabilités, ce qui range les médecins dans une classe distincte des hommes d'affaires canadiens. Nous déplorons la surfacturation et nous nous opposons totalement à l'imposition de frais modérateurs par les hôpitaux. Nous appuyons le projet de loi dont vous êtes saisis.

En tant qu'association, nous sommes habituellement d'accord avec le principe voulant que l'utilisateur paie les frais. En général, nous insistons pour que les consommateurs qui désirent acheter un service le paient eux-mêmes et nous faisons valoir que ce service ne doit pas être subventionné par d'autres consommateurs qui n'en veulent pas. C'est ce que nous faisons valoir au sujet des frais de carte de crédit, des frais bancaires, des tarifs aériens et au sujet de la Société des Postes. Nous prévoyons cependant des exceptions pour ce qui est des biens essentiels et à nos yeux, il n'y a pas de meilleur exemple d'exception que les soins de santé.

Le Canada est un pays riche, il n'y a pas de raison d'assujettir un service essentiel tel que les soins de santé aux humeurs du marché parce que justement lorsqu'on parle de marché, cela signifie que le consommateur a le choix d'y aller. Prétendre le contraire revient à remettre en question l'importance de ces services essentiels qu'une société civilisée peut offrir à ses citoyens. À notre avis, menacer éventuellement toute la population afin de préserver une notion ancienne de libre entreprise pour un groupe d'élite constituerait la preuve d'une irresponsabilité incroyable, une injustice sociale énorme et une déclaration d'hostilité intolérable envers les Canadiens. Vous pensez peut-être que nous y allons un peu fort, mais nous n'accepterons pas la tête baissée un système de vente des soins de santé à ceux qui peuvent se la payer et qui délaisse les autres.

Nous ne pouvons pas plus refuser des services médicaux aux malades que nous ne pouvons refuser la sécurité de la vieillesse aux personnes âgées, ou l'assistance sociale aux personnes pauvres.

[Text]

Medical purchases are not discretionary. People use medical services when they are sick and their need for the service is related to their disease, not their income. In our brief, you will note that extra-billing is more prevalent among some medical specialties than among others. Is this an inference that some diseases strike more affluent people than others? Of course not. And we refuse to accept that the sufferers from some diseases will be better served than the sufferers from others.

We also refuse to accept that hospitals will accept people based on their ability to pay for their stay. Hospitals are not hotels. People do not check in there for a holiday. Once again they go to hospitals because they have no choice, and we refuse to accept the notion that hospital services, which are and should be publicly supported, can be denied to anyone who needs them.

I understand that this morning representatives of the Canadian Medical Association suggested that there are no studies proving that extra-billing actually poses a threat to anyone's ability to receive health services.

In our view, more than an adequate number of studies have been done. You will see in our brief references to many of them, and we have provided you with a number of tables in statistics we hope you will find useful. They certainly dispel any myth about the effect of user fees.

For example in Alberta, the only province which regularly publishes usable information of this sort, medical services are used by 50% more women than men, and it surely does not need proving that women's ability to pay is less than that of men.

Furthermore, as you will see in the tables, extra-billing as been applied proportionately across the population. That is, the percentage of lower income people, old age pensioners and so, who have been charged extra, is exactly the same as the percentage of people who might be presumed to afford to pay. But it is important not to be seduced into an argument about whether or not people can or cannot afford to pay. To get into that argument, you have to first agree that practitioners somehow had the right to these payments. The question is, who should pay what amount? That is not the question at all.

We cannot point out strongly enough that the whole notion of these payments is unacceptable to us under any circumstances. We have said often that the politics of this situation is not the first concern of consumers, who have made their wishes clearer. They want to pay through the tax system for complete health care, and it is the job of the different levels of government to figure out how to collect the money and provide the services.

Because of our view, we make four recommendations in our brief: That only one type of medical service should be ensured by the federal government; a service for which no additional out of pocket charges are levied by medical practitioners for any reason.

[Translation]

Les achats de soins médicaux ne sont pas des achats facultatifs. Les gens ont recours aux soins médicaux lorsqu'ils sont malades, donc le besoin est lié à la maladie et non pas au revenu. Dans notre mémoire, vous remarquerez que la surfacturation se retrouve plus souvent chez certains spécialités médicales. Est-ce à dire que certaines maladies touchent les gens plus riches? Bien sûr que non. Nous n'acceptons pas la possibilité que les personnes affligées d'une certaine maladie soient mieux soignées que certains autres malades.

Nous refusons également d'accepter que les hôpitaux reçoivent des malades si ceux-ci sont capables de défrayer leur séjour. Les hôpitaux ne sont pas des hôtels. On n'y va pas passer ses vacances. Encore une fois, les malades se rendent à l'hôpital parce qu'ils n'ont pas le choix; nous rejetons la possibilité que les soins hospitaliers, qui sont à juste titre financés par l'État, soient refusés à quiconque en a besoin.

Je crois savoir que ce matin, des représentants de l'Association médicale canadienne ont dit qu'il n'existe pas d'étude démontrant que la surfacturation menace réellement la possibilité pour un malade de recevoir des soins de santé.

Nous soutenons le contraire; un nombre plus qu'adéquat d'études ont été faites. Vous lirez dans notre mémoire des références à bon nombre de ces études; nous avons également ajouté à notre mémoire des tableaux statistiques qui, nous l'espérons, vous seront utiles. Ces tableaux détruisent tout mythe qui pourrait exister quant aux répercussions des frais modérateurs.

Par exemple, en Alberta, la seule province publiant régulièrement des renseignements utiles sur le sujet, deux fois plus de femmes que d'hommes ont recours aux services médicaux; il n'est certainement pas nécessaire de démontrer que les femmes sont moins capables que les hommes de payer.

Par ailleurs, comme vous le constaterez dans les tableaux, la surfacturation est imposée à toutes les couches de la société. C'est-à-dire qu'il y a autant de personnes à faible revenu, de retraités, qui ont dû puiser dans leur porte-monnaie qu'il y a de gens qui pourraient avoir la capacité de payer. Il ne faut pas cependant se perdre dans les méandres d'une discussion sur les personnes qui ont les moyens de payer. Entreprendre cette discussion revient à reconnaître d'abord que les médecins ont le droit d'imposer ces paiements. Il ne sert à rien de se demander qui peut payer.

Nous ne le crierons jamais assez fort: la surfacturation et les frais modérateurs sont inacceptables à nos yeux dans toutes circonstances. Nous avons souvent dit que les points politiques de cette discussion ne préoccupent pas les consommateurs qui se sont bien fait entendre. Les consommateurs sont prêts à payer par le régime fiscal des soins de santé complets et il revient aux différents paliers de gouvernement de recueillir l'argent nécessaire et d'assurer les services.

Telle est notre position et dans ce contexte, nous présentons quatre recommandations dans notre mémoire: premièrement, que le gouvernement fédéral n'assure qu'un seul type de service médical, un service interdisant l'imposition par les dispensateurs de soins de santé de frais supplémentaires.

[Texte]

Two, that in order to ensure that consumers have access to information pertaining to provision of medical services in every province and territory of Canada, the new Act guaranteed public access to all information provided to the federal government under Section 13, subsection 1.

Three: that a national health council with a mandate to advise the federal and provincial governments on health care issues be appointed, and that it consist solely of representatives of consumer and other public interest groups.

Fourth: that the passage of the Canada Health Act be given the highest priority, and that as suggested in the draft Act, it come into force no later than April 1, 1984. Now, rather than go on to explain our positions further at this point, I would like to have the opportunity to open discussion between committee members and my colleagues. I would suggest that you direct your questions at my colleagues as well as myself. I have some experts with me, and they are very good at answering questions.

• 2045

Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you very much, Ms Shand. I think the members perhaps will direct the questions in general to you and the others and you could perhaps, among yourselves, decide who should answer.

Mr. Breau: Mr. Chairman.

The Chairman: Yes. Mr. Breau.

Mr. Breau: Before we go to that, the spokesperson asked that the brief be appended, because she summarized it. Do we need a motion to that effect? You did not read the whole brief, did you?

Ms Shand: No, I did not.

Mr. Breau: She asked for the brief to be appended to save time, so I would like to move that the brief be appended to these proceedings.

Mr. Epp: Mr. Chairman, I am willing to second it, but I really think Mr. Breau raises a question a little larger than this single brief.

Mr. Breau: Those that ask.

The Chairman: Mr. Breau, we have not been making it a usual habit in this committee to date to append the briefs. That has just been the general situation because of the . . .

Mr. Breau: I understand that normally when the witness does not ask for it, you do not do it, but when they ask for it . . . She had the alternative to read it all. Anyway, I will drop the subject if you wish, but I was only doing this because she specifically asked that.

Mr. Epp: I am not disagreeing with you either.

[Traduction]

Deuxièmement, afin de garantir aux consommateurs l'accès à l'information touchant les services médicaux dans chaque province et territoire du pays, que la nouvelle loi garantisse l'accès du public à toute information remise au gouvernement fédéral en vertu du paragraphe 13.(1).

Troisièmement, que soit créé un conseil national de la santé chargé de conseiller les gouvernements provinciaux et fédéral sur les questions de soins de santé et que ce conseil ne soit formé que de représentants de consommateurs et de groupes d'intérêt public.

Quatrièmement: que l'adoption de la Loi canadienne sur la santé se fasse prioritairement et que tel que proposé dans le projet de loi, elle entre en vigueur le 1^{er} avril 1984 au plus tard. Plutôt que de continuer à expliquer nos positions, je crois qu'il conviendrait de commencer les discussions entre les membres du Comité et mes collègues. Vous êtes libres de m'interroger ou d'interroger mes collègues. Notre délégation compte certains spécialistes qui savent très bien répondre aux questions.

Merci, monsieur le président.

Le président: Merci beaucoup, madame Shand. Les députés pourront poser leurs questions à l'ensemble de votre délégation et, entre vous, vous déciderez de qui répondra.

M. Breau: Monsieur le président.

Le président: Oui, monsieur Breau.

M. Breau: Avant de commencer les questions, la porte-parole m'a demandé que le mémoire soit annexé, car elle s'est contentée de le résumer. Devrions-nous adopter une motion dans ce sens? Vous n'avez pas lu tout votre mémoire, n'est-ce pas?

Mme Shand: Non, je ne l'ai pas tout lu.

M. Breau: Elle a demandé que le mémoire soit annexé, et c'est pourquoi j'aimerais proposer que le mémoire soit annexé au compte rendu de nos délibérations.

M. Epp: Monsieur le président, je serais prêt à appuyer la motion, mais je pense que M. Breau soulève une question dont les répercussions sont assez vastes.

M. Breau: On pourrait le faire pour les témoins qui le demandent.

Le président: Monsieur Breau, jusqu'à maintenant, nous n'avons pas adopté comme pratique, en Comité, d'annexer les mémoires. Nous avons fonctionné ainsi parce que . . .

M. Breau: Je comprends qu'en règle générale, lorsque le témoin ne le demande pas, on n'annexe pas le mémoire; cependant, lorsqu'il le demande . . . Elle aurait pu lire tout le mémoire. De toute façon, je laisse tomber, si vous le désirez. Je faisais cela tout simplement parce que la porte-parole avait demandé de le faire.

M. Epp: Je ne m'oppose pas à ce que vous dites.

[Text]

Mr. Breau: If she had not asked it, I would not have moved it. I did it because she asked for it specifically.

Mr. Epp: I think, with all respect, Mr. Chairman, generally, if the brief is read or those commented on, obviously they are part of the record. I think also when there is a report of the committee, there is also a record of briefs presented, and I understand that they are available from the committee. I just wonder if we include all briefs . . .

The Chairman: It does delay the issuing of our reports to a great extent as far as the translation is concerned. I can understand the concerns of some of the delegations, that they would like their full briefs appended if possible. Frankly, it is a bit difficult and delays a lot in these particular situations. We do have a lot of copies of your brief, and we can get more from you, I guess. It is a touchy situation but I think, if there is general agreement of the committee, the Chair would appreciate your perhaps not appending the brief per se, but we will undertake to try to send out as many copies as you have, or tell them where copies may be obtained, from you, or whatever you think.

Mrs. Mitchell: Mr. Chairman, I wonder whether we could just clarify the recommendations that were read out. Are the copies available? Those are not the same recommendations as in the appendix of this report, are they?

Ms Shand: There are just a couple of wording changes. I have a habit of speaking a little more freely than some of my compatriots want me to.

Mr. Breau: Mr. Chairman, with all due respect, I recognize the difficulty that you have. We do not encourage appending because there is quite a cost in time and translation and the public record, but I submit to you, sir, that when a witness specifically asks, you cannot refuse it because she could have read it for part of the night.

The Chairman: Well, Mr. Breau, I do not want to contradict too much, but it is my opinion that the committee can decide what they want to do themselves in instances such as this; that we do have a finite time of hearing the committee. The delegation can decide whether to read the brief and not have any time for questions, or vice versa. Miss Shand does want to have time for questions from the committee, and I think I would reiterate what I said before. If it is the wish of the committee, that perhaps we will try to facilitate the availability of briefs by saying where they can be found, but I think I would personally appreciate in this case if the brief were not appended to the report per se. Is that agreeable?

Mr. Epp: Is this a compromise? What if we append the recommendations? Is that acceptable?

Ms Shand: All right.

• 2050

Mr. Epp: Let us do it that way, maybe that is best solution.

The Chairman: Append the recommendations?
Order. Mr. Breau.

[Translation]

M. Breau: Si la porte-parole ne l'avait pas demandé, je ne l'aurais pas proposé. Je l'ai fait parce qu'elle l'a demandé.

M. Epp: Sauf tout votre respect, monsieur le président, en règle générale, si le mémoire est lu, il fait bien sûr partie du compte rendu. Par ailleurs, lorsque le Comité présente son rapport, on y trouve la liste des mémoires présentés, mémoires qu'on peut se procurer auprès du Comité. Je me demande, si nous commençons à inclure tous les mémoires . . .

Le président: Cela retarde grandement la publication de nos délibérations, à cause de la traduction. Je comprends que certaines délégations voudraient, si possible, que leurs mémoires soient annexés. En fait, c'est un peu difficile et cela occasionne des retards considérables. Vous avez beaucoup d'exemplaires de votre mémoire et nous pouvons vous en demander d'autres. La situation est un peu délicate, mais si les membres du Comité sont d'accord, le président préférerait que le mémoire dans son ensemble ne soit pas annexé; cependant, nous nous engageons à distribuer autant d'exemplaires que possible, nous nous engageons à dire où s'adresser pour en avoir d'autres, selon ce que vous voulez.

Mme Mitchell: Monsieur le président, pourrions-nous avoir des explications sur les recommandations qui ont été lues? En existe-t-il des copies? Ce ne sont pas les mêmes recommandations qu'à l'annexe du mémoire, n'est-ce pas?

Mme Shand: J'ai apporté quelques modifications au libellé. Je fais souvent beaucoup de digressions.

M. Breau: Monsieur le président, sauf tout votre respect, nous avons un problème. Nous n'avons pas encouragé la publication en annexe des mémoires à cause des délais et de la traduction; cependant, à mon avis, lorsqu'un témoin demande que son mémoire soit annexé, on ne peut pas le refuser, car, dans ce cas, le témoin peut lire son mémoire aussi longtemps qu'il le veut.

Le président: Eh bien, monsieur Breau, je ne veux pas vous contredire, mais, à mon sens, il revient au Comité de décider ce qu'il veut dans de telles circonstances; les séances ont une durée limitée. La délégation peut décider de lire son mémoire et de ne pas répondre aux questions, ou alors, elle peut décider l'inverse. Mme Shand veut répondre aux questions des députés et, à mon sens, il faut répéter ce que je disais précédemment. Si le Comité le désire, nous sommes prêts à faciliter la distribution des mémoires en donnant le point de contact; cependant, personnellement, je préférerais, dans ce cas-ci, que le mémoire ne soit pas annexé au compte rendu des délibérations. Êtes-vous d'accord?

M. Epp: Peut-on faire un compromis? Si nous annexions les recommandations, seriez-vous d'accord?

Mme Shand: Bien sûr.

M. Epp: Dans ce cas, procédons ainsi, c'est peut-être la meilleure solution.

Le président: Annexer les recommandations?

A l'ordre. Monsieur Breau, vous avez la parole.

[Texte]

Mr. Breau: If they asked for it to be appended, I do not think we have much choice.

The Chairman: I know. I have heard the arguments. Mr. Epp, would you like to make your motion, please?

Mr. Epp: I so move.

Ms Shand: Excuse me, I wonder if you would like a copy of the recommendations as I read them, if they are going to be appended?

The Chairman: Yes, thank you.

All in favour of Mr. Epp's motion?

Motion agreed to.

Mr. Breau: I can read numbers.

The Chairman: Members of the committee, I will ask Miss MacDonald to lead the questioning.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Thank you, Mr. Chairman. Ms Shand, and your colleagues, may I say welcome, and thank you for coming at what is not the easiest hour of the day—perhaps it is.

I appreciate what you had to say with regard to the Bill and with regard to the two items that it addresses—extra-billing and user fees. I think you know that it was the unanimous conclusion of the House on second reading that they not be continued. But, knowing that, most groups who have addressed us have spent a fair bit of time saying what else they feel their organizations would want to be considered in health reform, or health care reform, that is not contained in the Bill, because what we are trying to do is to get a much broader picture of the health needs in the country. We are not liable to have another opportunity to go back over all this in the near future, so we would like to hear, particularly from a group as representative as yours, some of the difficulties that are being reported in the health care system. I was looking for your recommendations here. What is on page 5? Are those recommendations . . . ?

Ms Shand: These are things that have come up through the years as we have debated what was needed to improve the health of Canadians. Our more final recommendations are on page 51; they really support the proposed Health Act, encourage its immediate implementation, and also that a health council be established.

These other things to which you are referring on page 5 are what the grass-roots members of our associations support in the way of health care and support for improving our health in this country. Certainly our health care costs should go down if we all learn to look after ourselves.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): These statements on page 5 are what I am interested in, Ms Shand, because I think in many ways there was a disappointment that the Canada Health Act did not address the issue of other services that should be brought under insured services, that it did not address the issue of how to move the health care system out into the community to a much greater degree than it is now.

[Traduction]

M. Breau: À mon sens, si les témoins ont demandé que leur mémoire soit annexé, nous n'avons pas le choix.

Le président: Je sais. Vous nous avez déjà donné votre avis. Monsieur Epp, en faites-vous une motion?

M. Epp: J'en fais une motion.

Mme Shand: Excusez-moi, j'aimerais savoir si vous voudriez avoir une copie des recommandations telles que je les ai lues, pour les annexer.

Le président: Oui, merci.

Avis favorables à la motion de M. Epp?

La motion est adoptée.

M. Breau: Je sais compter.

Le président: Membres du Comité, je donne d'abord la parole à M^{lle} MacDonald.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Merci, monsieur le président. Madame Shand, membres de la délégation, je tiens à vous souhaiter la bienvenue et à vous remercier d'avoir accepté de venir à une heure un peu tardive.

Je comprends votre position par rapport au projet de loi, par rapport aux deux problèmes visés, c'est-à-dire la surfacturation et les frais modérateurs. Vous savez sûrement que la Chambre, lors de la deuxième lecture, a conclu à l'unanimité que la surfacturation et les frais modérateurs ne devraient plus exister. Cependant, dans ce contexte, bon nombre des témoins qui sont venus nous rencontrer ont fait valoir ce qui, selon leurs organisations, devrait être inclus dans cette réforme des services de santé, des aspects que ne contient pas le projet de loi, vu que nous essayons de mieux comprendre la situation de la santé au pays. Il est fort peu probable que, dans un avenir immédiat, nous puissions entreprendre une autre réforme des services de santé; nous voudrions donc savoir, d'après un groupe aussi représentatif que le vôtre, quels sont les problèmes qui affligent le réseau des soins de santé. Je cherche vos recommandations dans le mémoire. Que trouve-t-on à la page 5? Les recommandations . . .

Mme Shand: Il s'agit des résolutions qui ont été adoptées au cours des ans sur les moyens d'améliorer la santé des Canadiens. Nos recommandations définitives se trouvent à la page 51; on y appuie le projet de loi sur la santé, on réclame son entrée en vigueur immédiate, et nous recommandons également la création d'un conseil de la santé.

Ces recommandations auxquelles vous faites allusion, et qui se trouvent à la page 5, sont en fait les résolutions de la base de notre association en matière de soins de santé, sur les moyens d'améliorer notre santé au pays. De toute évidence, le coût des soins de santé baissera si nous vivons une vie plus saine.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Ces résolutions, à la page 5, m'intéressent particulièrement, madame Shand, car, à mon sens, la Loi canadienne sur la santé a déçu bien des gens, en ce sens qu'elle ne traite pas des autres services qui devraient être assurés, qu'elle ne cherche pas à savoir comment nous pourrions faire pénétrer le réseau des soins de santé beaucoup plus loin dans la population qu'à l'heure actuelle.

[Text]

I wonder if you could perhaps elaborate, or give us some information on what your grass-roots people are telling you in this field.

Dr. Richard Plain (Chairman, Policy Advisory Council, Consumers' Association of Canada): I will perhaps take the first stab at that very broad but penetrating question.

The Canadian health care system, in many ways, represents aspirations in part by 10 nations, partly with respect to its co-ordination, partly with respect to a wide diversity in terms of historical endowment, over time, in facilities, resources, manpower, and the changing demographic composition of the province. We have old provinces and young provinces. We have hospitals, demographically speaking, we have provinces with 25% and 30% more hospitals, general acute hospitals, widely extended auxiliary nursing homes, hospitals with wide variations with respect to numbers of physicians and numbers of other personnel.

• 2055

There is one fundamental question that we as Canadians have not at this stage been able to resolve, nor to my knowledge have other people, and that is with those remarkable disparities in terms of facilities, services and morbidity and mortality statistics. We are not able to answer definitively whether we are better off spending \$1,200 per capita in one province, or \$750, or \$950. We do not have meaningful measures of health status.

We have a whole variety then, starting from that proposition, of different views, from professional groups, from individuals facing pressing and real problems, identifying new sets of needs and directions. One of the things that comes in from our organization in part, then, is a whole variety of those proposals, whether they are from nurses pointing out the very practical outcomes, the beneficial outcomes that may occur if nurse practitioners, social workers, psychiatric nurses, could be used in conjunction with physicians in general practice, such as occurred in the City of St. Albert, where I live, or whether we should be looking at more extensions of community health clinics in which we are looking at not only that type of team, but integrating the pharmaceutical and other groups, the whole emphasis on preventive health care.

So I think we have just a myriad of inputs, as does your committee I am sure, and the Hall review—everyone has on this side—and one of the central purposes of this recommendation was to say: In this Act would the committee please seriously consider putting a mechanism in place so that we the consumers over time would have something like a national health council to start to come to grips with those very difficult ongoing issues where Canadians could exchange information, ideas, and start to sort out things on an ongoing basis and let us not have just some more one-shot cracks at things. Let us all muster the ranks, all come together, people doing the best they can in terms of the times, priorities and exigencies. So that is exactly the point here.

[Translation]

Pourriez-vous nous donner plus d'explications, pourriez-vous nous donner certains renseignements sur ce que pense la base dans ce domaine?

M. Richard Plain (président, Conseil consultatif sur la politique, Association des consommateurs du Canada): Je vais essayer de répondre à cette question très vaste.

Le réseau canadien des soins de santé, à bien des égards, est la somme des aspirations de 10 nations au chapitre, notamment, de sa coordination, mais également pour ce qui est de la vaste gamme due à des facteurs historiques des services, ressources et main-d'œuvre offerts, et de l'évolution démographique provinciale. Certaines provinces existent depuis beaucoup plus longtemps que d'autres. D'un point de vue démocratique, des provinces comptent de 25 à 30 p. 100 plus d'hôpitaux, des hôpitaux généraux de soins actifs, des maisons de soins prolongés, des hôpitaux où le rapport employés-malades varie grandement.

Il y a une question fondamentale qu'en tant que Canadiens nous n'avons pas pu résoudre, pas plus que d'autres personnes, et c'est celle de savoir comment réduire les statistiques de mortalité, compte tenu de ces écarts très grands pour ce qui est des services et des installations. Nous n'arrivons pas à déterminer sans l'ombre d'un doute s'il vaut mieux dépenser 1,200\$ par personne dans une province, ou 750\$, ou 950\$. Nous n'avons pas encore de critères significatifs dans ce domaine.

Nous avons cependant dans ce domaine une vaste gamme d'opinions provenant des professionnels, des personnes aux prises avec un problème urgent et réel, qui cherchent à identifier de nouveaux besoins et orientations. Nos sections provinciales et locales nous ont transmis une vaste gamme de propositions, notamment au sujet des infirmières, pour souligner les résultats très pratiques et avantageux qui découleraient du fait que les infirmières, les travailleurs sociaux, les infirmières spécialisées en soins psychiatriques puissent collaborer avec le médecin, tel que cela se fait dans la municipalité de Saint-Albert, où je demeure; nous avons également reçu des recommandations sur le prolongement des cliniques de santé communautaires, où nous aurions non seulement cette équipe médecins-infirmières, mais également les pharmaciens et les autres professionnels de la santé, pour accorder beaucoup plus d'importance aux soins de santé préventifs.

Donc, nous avons reçu toutes sortes d'avis, tout comme votre Comité, j'en suis sûr, et le juge Hall; tout le monde a son opinion; une de nos recommandations essentielles est justement de prévoir à la loi un mécanisme permettant aux consommateurs de siéger à un comité national de la santé qui commencera à se pencher sur ces problèmes très réels et permanents, qui permettra un échange d'informations et d'idées entre les Canadiens, qui entreprendra une étude permanente de tout ce domaine; il faut cesser de faire des interventions ponctuelles. Nous devons nous réunir, regrouper nos ressources et faire de notre mieux, compte tenu des priorités, des besoins et du temps. Voilà exactement ce à quoi nous voulons en venir.

[Texte]

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): You are proposing by that, you are referring to a national health council . . .

Dr. Plain: Yes.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): —are you also suggesting that that be an amendment to this present Bill, to include such a body?

Dr. Plain: Our proposal and hope would be that the committee would entertain the formal incorporation, be that in the Bill per se or in the belief of the committee that the interpretation and the preamble are sufficient that in the regulations—but I would suggest perhaps Act—we do create a recognition of the consumers and the consumers' ongoing role in Canadian health care, and the establishment of a council to facilitate that.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I noticed when Ms Shand read that recommendation, I think you included the word "solely".

Ms Shand: That is right.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I just want to ask . . .

Ms Shand: That was deliberate on my part. Now, it was an addition to what is on page 51.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Yes. Could you explain? You say the national health council under the direction—and I I guess would be solely under the direction of consumer and other voluntary sector representatives—is that because you are thinking that other groups in the health care system would already have means of input, whereas the national health council would be the umbrella group for all voluntary organizations?

Ms Shand: When I use the word consumers I am not referring specifically to CAC, I am referring to consumers of health services, all consumers of health services. But we specifically wanted the users of those services to be the council, and not the suppliers of the services that are used.

• 2100

There should be access to the resources of those people, if necessary. There should be consultation with them. But the national health council should, we would hope, be made up entirely of consumer and other voluntary-sector groups . . . — public sector groups, you might want to call them—but very definitely not be less than a majority on such a council. I would feel very badly if it got to that point.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): If I could have one more question, it is directed in just a different way. I wonder if you tell us what your grass-roots members are saying to you about hospitals. We have heard a fair bit of conflicting evidence before the committee with regard to hospital admittance. A number of people have told us that there are—and these would be the consumers—waiting lists . . .

Ms Shand: To get into hospitals?

[Traduction]

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Donc, en faisant allusion à un conseil national de la santé . . .

M. Plain: Oui.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): . . . vous proposez que le présent projet de loi soit modifié pour prévoir ce conseil?

M. Plain: Notre proposition serait que le Comité envisage l'incorporation officielle, dans le projet de loi ou dans le Règlement—mais je préférerais que ce soit dans le projet de loi—de ce comité qui permettrait de reconnaître l'intérêt que portent les consommateurs aux soins de santé au Canada.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Lorsque M^{me} Shand a lu la recommandation, elle semblait faire exclusion des autres groupes.

Mme Shand: En effet.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'aimerais donc savoir . . .

Mme Shand: Je l'ai fait délibérément. Cependant, ce n'est pas inscrit à la page 51.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): En effet. Pourriez-vous vous expliquer? Vous parlez d'un conseil national de la santé placé sous la direction exclusive des consommateurs et d'autres représentants des bénévoles; faites-vous cette recommandation parce que vous pensez que les autres intervenants de la santé ont déjà voix au chapitre, alors que le conseil national de la santé regrouperait les organismes de bénévoles?

Mme Shand: Lorsque je parle de consommateurs, je ne fais pas précisément allusion aux membres de notre association, je parle des consommateurs des services de santé, de tous les consommateurs. Nous tenons à ce que les usagers de ces services siègent au conseil, que celui-ci ne soit pas composé des prestataires.

Il faudrait que le conseil ait accès aux ressources offertes par les prestataires, au besoin; le conseil devrait consulter les prestataires. Cependant, à notre avis, le conseil national de la santé devrait être composé exclusivement de représentants de groupes de consommateurs et de bénévoles, ou à tout le moins être composé d'une majorité de ces représentants. Je serais très déçu qu'il en soit autrement.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): J'aimerais vous poser une autre question, dans une optique différente. Pourriez-vous nous transmettre les constatations de vos membres au sujet des hôpitaux? Le Comité a entendu des avis contraires, notamment au sujet des admissions à l'hôpital. Bon nombre de personnes, des consommateurs, nous ont dit qu'il existe des listes d'attente . . .

Mme Shand: Pour les hôpitaux?

[Text]

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): —to get into hospitals. We have had other witnesses come before us and say that is sham. You know, those people who are there on the waiting lists should not be there at all. Can you give us some indication from the consumer's point of view, the user's point of view, of what you think the situation is with regard to people waiting to get into hospitals for services, medical treatment that they need?

Ms Shand: Mrs. Rubino?

Mrs. Rose Rubino (Chairman, National Health Policy Committee, Consumers' Association of Canada): We have not received many complaints directed to that problem, I must say.

Ms Shand: Dick, do you know?

Dr. Plain: It is very difficult to generalize that for the nation, as you may well expect. In the Edmonton area there have been specific complaints we have received with respect to waiting lists for cardiac surgery, in particular bypass surgery. In part, that gets balanced by the other medical observation... —that perhaps 25% of the bypass surgery is efficacious, and the other 75% in part may be somewhat quality-enhancing. But it is not at all clear that those are not properly on the elective side and should then take priority over the other area, or we should enlarge at great cost that facility versus the other.

So in general, in rural Alberta we have a great problem, I suppose you might say, filling hospital beds. We have ratios of hospital beds per thousand population that would be astounding by any world measures. On the other hand, within the major tertiary centres we have an example in the bypass, regardless of opinions about efficacy in terms of use. Now the question is what are the priorities, how effectively are we using it. I do not think we can answer definitively until we get down to the hard-nosed look at really what some of these waiting lists mean, and what we could do if we looked at putting in or implementing some of the innovations that might be around with respect to sorting some of the bed uses out. That is the type of thing to which the consumers and the people on this side I think need to address themselves. Good ideas and things coming in from parts of their tribe in Halifax, or if they come from Metro Toronto or Victoria, should be communicated, then come back through and be passed to people so they can try it in Saskatoon and Regina and Edmonton and Calgary and the other parts.

It is really tough, if you are a small consumer group of interest, to try to get a view on that whole thing. You end up saying to the suppliers: Well, there is a problem, but what is it? You know, that is the importance of getting an information system that we can participate in and get at it and start to ask some good questions as to how the system could be reformed.

The Acting Chairman (Mr. Marceau): Thank you.

Mrs. Mitchell, 10 minutes.

Mrs. Mitchell: Thank you. I wanted to ask first of all, in view of the fact that you have said in your brief that you would

[Translation]

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Pour les hôpitaux. D'autres témoins ont prétendu le contraire. Ils disent que les personnes dont le nom figure sur une liste d'attente n'ont pas à être soignées à l'hôpital. Pourriez-vous nous donner votre avis, l'avis du consommateur, de l'utilisateur, pour ce qui est des listes d'attente pour les hôpitaux?

Mme Shand: Madame Rubino?

Mme Rose Rubino (présidente, Comité national de la politique de la santé, Association des consommateurs du Canada): Je dois avouer que nous n'avons pas reçu beaucoup de plaintes à ce sujet.

Mme Shand: Monsieur Plain, qu'en savez-vous?

M. Plain: Comme vous le savez, il est difficile de généraliser à l'échelle du pays. Dans la région d'Edmonton, nous avons reçu des plaintes très précises au sujet des listes d'attente pour la chirurgie cardiaque, notamment pour des pontages. Il faut dire que dans le monde médical, on pense qu'environ 25 p. 100 des pontages sont efficaces et que les autres ne servent qu'à améliorer la qualité de la vie. Mais, de toute façon, il n'est pas évident que les pontages tombent dans la catégorie de la chirurgie facultative et qu'en conséquence, d'autres types d'opérations chirurgicales devraient être prioritaires.

Donc, en général, en Alberta, dans les régions rurales, nous avons de la difficulté à combler les lits à l'hôpital. Nous avons un très grand nombre de lits d'hôpitaux par rapport à la moyenne mondiale. Par contre, dans les centres tertiaires, nous avons ces exemples de pontage, peu importe l'efficacité de ce genre de chirurgie. Il s'agit en fait d'établir des priorités, de voir comment nous pouvons utiliser les lits d'hôpitaux de façon efficace. Il n'y aura pas de réponse certaine tant que nous ne saurons pas sans l'ombre d'un doute ce que signifient ces listes d'attente, tant que nous n'aurons pas mis en oeuvre certaines innovations quant à l'utilisation des lits d'hôpitaux. Voilà le genre de choses sur lesquelles les consommateurs doivent se pencher. Des éléments de solution peuvent venir de Halifax, de Toronto, ou de Victoria, mais il faudrait les communiquer, les mettre à l'essai à Saskatoon, à Regina, à Edmonton et à Calgary, et dans toutes les régions du pays.

Pour un petit groupe de consommateurs, il est assez difficile d'obtenir une vue d'ensemble. Nous finissons par dire aux prestataires: nous savons qu'il existe un problème, mais pouvez-vous le cerner pour nous? C'est là l'importance d'un réseau d'information auquel nous participerons et qui permettra de poser des questions intelligentes sur la réforme possible du réseau.

Le président suppléant (M. Marceau): Merci.

Madame Mitchell, vous avez 10 minutes.

Mme Mitchell: Merci. Tout d'abord, étant donné que, dans votre mémoire, vous dites vouloir que les soins infirmiers soient

[Texte]

like to see nurses included—and I assume you probably would include other paramedics, para-professional medical people—would you consider or would you recommend that the term “health practitioners” be used, rather than the term that I think you use on page 49, “medical practitioners”? Would that be one of the amendments you would recommend?

Dr. Plain: Page 49? I am sorry . . .

Mrs. Mitchell: Perhaps you have used it elsewhere too, but I just noticed it on that page, where you talked about charges levied by medical practitioners for any reason. I wondered if throughout the Bill we should be using the generic term “health practitioners”, so it will include nurses and para-professional health workers.

• 2105

Dr. Plain: I think we would agree with your first comment: when we use nurse practitioners in a general sense it would be widened in terms of looking at some type of paramedic or other substitute complement to decide. In this sense, we are referring to extra billing per se. In the other sense, we use medical practitioners to mean . . .

Mrs. Mitchell: Only because you are referring specifically to doctors. Yes, I see.

Dr. Plain: —physicians of various specialties.

Mrs. Mitchell: But the more general term . . .

Dr. Plain: Yes, I could see that.

Mrs. Mitchell: —in one amendment I think it has been suggested that would include broader coverage.

Dr. Plain: We have used it in the narrower sense.

Mrs. Mitchell: I am really very interested in the bill of rights that you have here. I think that is just terrific, except for one thing. I notice that in a couple of paragraphs you have “his only” so I hope you will stick a “her” in there.

Ms Shand: Our by-laws say that where there is his, it shall be his and/or hers. However, this was published in 1973.

Mrs. Mitchell: It is a very good statement. Last year I was involved in a Task Force on Older Women which travelled across Canada. Over and over again, we heard about health problems from women in their middle years and older women in their pension years; the fact that very often the medical profession was impatient with so-called “women’s problems”. Often there was a tendency with older women, and with younger women too, to over-sedate them, to have excessive use as far as tranquilizers were concerned.

We also found women felt, including some of the experts, that there was not nearly enough attention given to some particular women’s health needs, whole information . . . menopause, for example. I suppose family planning would be another. More information is required concerning the question of breast cancer, drugs and alcohol abuse, which often were related to other problems. With older women particularly,

[Traduction]

assurés—et j’imagine que vous voulez également que soient assurés les autres soins paramédicaux—accepteriez-vous que nous parlions de praticiens de la santé plutôt que de praticiens médicaux, expression que vous utilisez à la page 49 de votre mémoire? Accepteriez-vous de recommander cela?

M. Plain: Page 49? Je m’excuse . . .

Mme Mitchell: Vous utilisez peut-être la même expression ailleurs, mais je l’ai remarquée à la page 49, lorsque vous parlez des frais imposés par les praticiens médicaux. À votre avis, dans le projet de loi, devrions-nous parler de praticiens de la santé, de façon à y inclure les infirmières et les autres professionnels de la santé?

M. Plain: J’accepte votre première remarque: nous utilisons le terme «infirmière» au sens large, mais il pourrait englober d’autres auxiliaires ou assistants paramédicaux. Dans ce cas, il s’agit bien de surfacturation. D’autre part, nous utilisons le terme «praticien médical» . . .

Mme Mitchell: Vous pensez précisément à des médecins, n’est-ce pas?

M. Plain: . . . pour désigner les médecins, divers spécialistes.

Mme Mitchell: Mais le terme plus général . . .

M. Plain: Oui, je vois.

Mme Mitchell: . . . comme on l’a proposé dans un amendement, désignerait plusieurs catégories.

M. Plain: Nous, nous l’avons utilisé au sens restreint.

Mme Mitchell: La déclaration des droits que vous présentez ici m’intéresse vivement. Je la trouve très bien, sauf pour une chose. Je remarque que dans quelques paragraphes, vous utilisez le masculin seulement, et j’espère bien que vous tiendrez compte du féminin aussi.

Mme Shand: Dans nos règlements, nous précisons que ce qui est dit au masculin englobe aussi le féminin. Cependant, cela remonte à 1973.

Mme Mitchell: C’est une très bonne déclaration. L’année dernière, j’ai participé à un groupe de travail sur les femmes du troisième âge qui a voyagé à travers le pays. On a constamment fait état des problèmes de santé de femmes d’âge mûr, ou du troisième âge, à la retraite. On m’a fait remarquer que très souvent, les gens de la profession médicale étaient agacés par ce qu’il est convenu d’appeler des «problèmes de femmes». Très souvent, dans le cas des femmes âgées, comme dans le cas des femmes plus jeunes, on administre trop de médicaments, on fait un usage excessif de tranquillisants.

Nous avons constaté que les femmes, et des experts également, estimaient qu’on n’accordait pas assez d’attention aux besoins particuliers des femmes, qu’on ne les informait pas assez, sur la ménopause, par exemple. Il en va de même pour la planification familiale. Il faut mieux renseigner les femmes sur le cancer du sein, sur la toxicomanie et l’alcoolisme, qui, souvent, découlent d’autres problèmes. Il faut beaucoup plus

[Text]

there is a need for much more promotion of health, good nutrition, exercise and so on, preventive health care. From your experience and contact with consumers across the country, have you found that this is a general need?

Ms Shand: I think when you are talking about elderly women, that is quite true. I would hope that with the change in society that has occurred over the past 15 or 20 years, women who today are called elderly and those of us who will be called elderly in the future, those of us who are my age today, will have learned to ask for information, will learn to be more open and demanding in what they need. But there is a problem with those who are elderly today and I believe part of it is because society kept them very protected. They did not look after themselves, and I am not talking about healthwise. They were not responsible for a lot of these decisions.

I think in today's society it is very confusing for them. I have to think of my own family with an 86-year-old relative who was over-sedated for a long time until I caught on to it. I know that happens. I can almost sympathize with the doctors at times, particularly if the elderly are left alone. So this comes down to the kind of care we give our elderly too. We have to accept the responsibility for not putting them somewhere and leaving them alone, where the only attention they get is from a doctor who may be overworked and tired of listening to complaints. However, they do not have anywhere else to go. That is putting it on a very personal basis, but I can really get on my soapbox with that one.

Mrs. Robino: If I may, I think we are learning more about how drugs do affect the elderly. There are more papers being written on the subject and they show that the elderly body cannot utilize the drugs in the same manner. A regular dose for an average person would be too strong for the elderly. This is just coming into the literature now and needs to be addressed. But you are right, I think there is a lack of this type of information. Unfortunately, the consumer has to ask or read. It would be nicer if we would be given this information without our having to seek it.

Mrs. Mitchell: I think it ties in with the points that you have raised also, that there should be more decision-making by people in relation to their own health and your recommendation that there should be an extension of consumer oriented and controlled community health centres. I wondered if you would like to elaborate on that, on what you would see and how you would see the medicare program helping to cover the costs of these kinds of services.

Mrs. Rubino: The community health centre seems to be the way to go. The total care that you hope to get, and that you hope you are going to be referred to by your general practitioner, is something... I just recently attended a meeting about the quality of care and there was a great concern that the GP has to spend a fair amount of time in referring the patients, in keeping a tab on all these referrals and keeping on top of all this information. This needs a very conscientious type of practitioner; it also means spending quite a bit of time on

[Translation]

de programmes éducatifs à l'intention des femmes plus âgées, pour qu'elles soient renseignées sur des questions de santé, notamment la prophylaxie, la nutrition et le besoin de faire de l'exercice. D'après votre expérience, ce besoin est-il le même partout au pays?

Mme Shand: Oui, surtout dans le cas des femmes âgées. Il est à espérer qu'étant donné l'évolution qu'a connue la société depuis 15 ou 20 ans, les femmes âgées aujourd'hui et celles qui le seront demain, autrement dit, celles qui ont mon âge aujourd'hui, sauront demander des renseignements, être plus ouvertes et exiger ce dont elles ont besoin. Aujourd'hui, les femmes âgées éprouvent des difficultés, et c'est en partie parce que la société les a trop protégées. Elles ne se sont donc pas soignées, et dans beaucoup de cas, elles ne sont pas responsables des décisions qui ont été prises.

Elles sont très désorientées dans la société d'aujourd'hui. J'ai un cas dans ma famille, une femme de 86 ans, qui a été gavée de médicaments très longtemps avant que je ne m'en aperçoive. Cela existe. Les médecins ont parfois ma sympathie, surtout quand les femmes âgées sont laissées seules. Cela pose le problème des soins que nous donnons à nos vieillards, et il nous faut accepter la responsabilité de ne pas les caser quelque part, seuls, où ils ne reçoivent d'attention que d'un médecin qui est surchargé de travail et las d'entendre les gens se plaindre. Cependant, ces vieillards ne peuvent pas s'adresser ailleurs. Tout cela est très personnel, mais il y aurait encore beaucoup à dire là-dessus.

Mme Robino: Je pense que l'on entend de plus en plus parler de l'effet des médicaments sur les vieillards. On écrit plus d'articles sur le sujet, pour démontrer que l'organisme des vieillards n'absorbe pas les médicaments comme celui des personnes plus jeunes et que les doses régulières seraient donc trop fortes. On ne fait que constater cela, et il faudrait donc y voir. Vous avez cependant raison, il faut plus de renseignements. Malheureusement, il faut que le consommateur se renseigne ou lise. Il vaudrait mieux que ces renseignements soient fournis automatiquement.

Mme Mitchell: Je pense que cela revient à ce que vous disiez tout à l'heure: il faudrait que les gens soient responsables des décisions qui concernent leur propre santé, et je constate que vous demandez le développement de centres communautaires de santé où le consommateur aurait prise sur les choses. Pourriez-vous développer un peu cette idée et nous dire comment, selon vous, le programme d'assurance-maladie pourrait couvrir le coût de ces services?

Mme Rubino: Le centre communautaire de santé semble être la solution. Tous les soins que l'on souhaite obtenir, que l'on espère obtenir par l'intermédiaire d'un omnipraticien sont... Récemment, j'ai assisté à une réunion qui portait sur la qualité des soins, et on faisait observer que l'omnipraticien consacrait beaucoup de son temps à envoyer des patients voir des spécialistes. Il devait garder un dossier et une masse d'informations sur ces activités, précisément. Il faut pour cela que le médecin soit très consciencieux, et cela exige de lui

[Texte]

the telephone. That then brings into play the fee for service, and whether this type of care is adequately covered in the fee for service.

Mrs. Mitchell: Are the consumers with whom you are in touch requesting that dental services be available in community clinics, in community health centres?

Mrs. Rubino: There are some. We do not have a policy and we have not had a resolution, but of course there are some in our groups that would be very . . .

Mrs. Mitchell: There is certainly a great need in low-income communities, I think.

Ms Shand: We believe community health services would take a lot of the pressure off the doctors and the costs. It would probably be good for those elderly people, whom you were talking about prior to this, too. Money spent on that kind of thing would pay off in the long run, I would think.

Dr. Plain: I think that is something that would have to be addressed in conjunction with the profession and other groups; that is, how we could enlarge that activity. If you look at both Canada and the U.S., you do not see a widespread growth in those areas, although many studies will come back and suggest that your hospitalization . . . per unit in some of those areas are markedly lower; some of your medical input and initial costs are somewhat higher, but, on balance, they are thought to be cost reducing.

An interesting question from the consumer, the practitioner and the community sides is as to how to develop, initiate and enlarge these types of things, which one group of consumers in smaller areas has found successful, but which are not expanding substantially. So there is an area with very attractive possibilities that needs to be looked at, examined, discussed and moved around, other than on set occasions when we all go through and note this and then do not get on with it. Perhaps we should urge our provincial governments; they have the flexibility under EPF. But it does not just have to be all fee for service, straight on the traditional side. Here are some projects, here are some directions, let us get on with it, and here is why we want to do it.

The Acting Chairman (Mr. Marceau): One more question, Mrs. Mitchell.

Mrs. Mitchell: My final question, then, would be the interest you have, and which I would certainly share, in an expansion of health promotional information programs and the national health information system—I guess your national health council certainly would be very much related to that. Again, from the cost point of view, I wonder how you would see this being covered and whether there is anything you would like to elaborate on in that area from the preventive health and education standpoint.

Dr. Plain: I am sorry, the cost coverage for what?

Mrs. Mitchell: For health promotional programs, which was one of the things you mentioned, and the national health information system.

[Traduction]

beaucoup de temps au téléphone. On peut ensuite se demander si le paiement à l'acte couvre ce genre de services.

Mme Mitchell: Les consommateurs que vous rencontrez demandent-ils que des soins dentaires soient fournis dans les cliniques communautaires, dans les centres communautaires de santé?

Mme Rubino: Parfois. Nous n'avons pas de politique à cet égard, et nous n'avons pas adopté de résolution, mais, bien entendu, certaines personnes seraient vivement . . .

Mme Mitchell: Je suppose que le besoin est très pressant dans les couches moins favorisées.

Mme Shand: Nous pensons que les services communautaires de santé permettraient de décharger les médecins et réduiraient les coûts. Cela conviendrait bien aux personnes âgées dont nous parlions tout à l'heure. L'argent ainsi dépensé serait rentable à long terme.

M. Plain: Je pense qu'il faudrait certainement songer à la façon de donner de l'ampleur à ce genre d'activités en consultant les gens du domaine médical et d'autres groupes. Aux États-Unis comme au Canada, ce secteur ne s'est pas développé, même s'il y a eu beaucoup d'études faites sur le sujet et qui concluent que l'hospitalisation . . . Dans certaines régions, le coût unitaire est beaucoup moins élevé dans ces centres. Au départ, les coûts sont peut-être plus élevés, mais on constate dans l'ensemble une réduction des coûts.

Il serait intéressant de voir comment on pourrait lancer l'idée et lui donner de l'ampleur. L'initiative d'un groupe de consommateurs, dans une région donnée, est parfois couronnée de succès, mais l'idée ne se répand pas assez vite. Il y a donc toutes sortes de possibilités intéressantes qu'il faudrait approfondir et discuter abondamment au lieu de confiner nos observations à des cercles restreints. Il faudrait peut-être exhorter nos gouvernements provinciaux à agir, car le financement par la péréquation leur en donne certainement les moyens. Il n'est pas nécessaire qu'on se limite au paiement à l'acte, au sens traditionnel. On pourrait présenter certains projets, en donner les orientations, et les autorités pourraient nous donner le feu vert.

Le président suppléant (M. Marceau): Une dernière question, madame Mitchell.

Mme Mitchell: En terminant, j'aimerais revenir à l'intérêt que vous portez, et que moi-même je porte, aux programmes d'information sur la santé et au système national d'information sur la santé. Je suppose que le conseil national de la santé que vous préconisez aurait un très grand rôle à jouer à cet égard. Qui, selon vous, devrait assumer les coûts d'un tel réseau d'information? Avez-vous quelque chose à ajouter sur cette question de prophylaxie et de programmes éducatifs?

M. Plain: Excusez-moi, de quels coûts parlez-vous?

Mme Mitchell: Je parle du coût des programmes éducatifs de santé, dont vous avez parlé, et du réseau national d'information sur la santé.

[Text]

Dr. Plain: I guess one of the key points in our proposal, and why we feel so strongly about the necessity for eliminating, if you like, the user fee and the extra-billing, is that if it is not possible for the provinces to cap their expenditures and let the costs fall on the private consumers through either the extra-billing gap or the user fee gap, if that is capped, if they cannot get out of that, if they lose it that is significant. Then everyone will have to address the issue effectively. How can we effect more economies? How can we work together in restructuring this system rather than papering it over, a system of health insurance with a pretty good control mechanism for the past 10 or 12 years? You are right on. Now can we look at the question of how many dollars we should legitimately be putting into preventive health, with some looks at targets?

• 2115

In this sense, I was told a B.C. community itself generally made it a priority to go after motor vehicle accidents. A number of younger people in their community had had serious injuries, and when a smaller community with its radio, television and Chamber of Commerce went at that, they knocked down their motor vehicle fatality rates by a substantive amount. Now, whether that was a one-shot deal or whether . . . those are the types of things on which we have to get some direction rather than picking it up, with starved public health units and starved preventive programs, crushed under trying to balance budgets for the major costs engulfing physician standard curative processes. I think that is what we have to get at if the provinces cannot escape, and hopefully, this Bill will close them off from that.

The Acting Chairman (Mr. Marceau): Thank you, Mrs. Mitchell.

Le prochain intervenant sera mon collègue, M. Herb Breau, qui disposera de dix minutes.

M. Breau: Merci, monsieur le président.

I want to thank the Consumers' Association of Canada for having come here. Generally, I am happy to see the positions they propose. I think it is an important support to the proposed Canada Health Act, and I guess it proves how valid the political objective behind the Bill was.

I am happy that, on page 44 of your own appended report, you refer to the newspaper advertisements of the CMA and you reject their view that the people of Canada have not had opportunities to express their views on this question, and you point out Justice Hall's service review and the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements. We heard just about everybody in the country who wanted to be heard on fiscal arrangements, including . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): . . . party affairs.

Mr. Epp: It was a Liberal youth party funded by you and I, and I just did not speak up.

[Translation]

M. Plain: Nous sommes très fermes dans notre proposition: nous estimons qu'il faut absolument écarter l'idée du ticket modérateur et de la surfacturation, car si les provinces ne peuvent pas juguler leurs dépenses, si elles doivent demander aux consommateurs d'en faire les frais, ce sera catastrophique. En effet, dès lors, chacun essaiera de trouver une solution efficace pour réaliser des économies. Comment, tous ensemble, plutôt que d'y coller des emplâtres, pouvons-nous restructurer ce régime d'assurance-santé qui dispose d'un mécanisme de contrôle relativement bon depuis 10 ou 12 ans? Vous avez tout à fait raison. Peut-on désormais se demander combien dépenser pour la prophylaxie, quelles doivent être les cibles à atteindre?

On m'a raconté qu'une collectivité de la Colombie-Britannique avait entrepris de réduire les accidents d'automobile. Un certain nombre de jeunes de la collectivité avaient été gravement blessés, et avec l'aide des stations de radio et de télévision et de la Chambre de commerce, cette collectivité a réussi à réduire de beaucoup le nombre des morts accidentelles. On peut se demander s'il s'agit d'un cas isolé ou . . . Il nous faut obtenir des orientations et ne pas essayer de bâtir quelque chose avec des unités de santé publique moribonde et des demi-programmes de prophylaxie, étant donné les difficultés budgétaires que pose le coût énorme des soins prodigués par les médecins. C'est donc là qu'il faut agir, et les provinces devront faire leur part. Il est à espérer que grâce aux dispositions de ce projet de loi, elles la feront.

Le président suppléant (M. Marceau): Merci, madame Mitchell.

The next speaker will be Mr. Herb Breau, for 10 minutes.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman.

Je tiens à remercier l'Association des consommateurs du Canada. Je suis heureux de constater qu'en général, ses positions appuient le projet de loi canadienne sur la santé, et c'est important, car cela prouve que l'objectif politique qui sous-tend le projet de loi était tout à fait valable.

A la page 44 de votre rapport, vous faites allusion à la publicité que l'Association médicale canadienne a fait paraître dans les journaux, et je suis heureux de constater que vous rejetez ce qu'elle contient, c'est-à-dire que la population canadienne n'aurait pas eu l'occasion d'exprimer son point de vue sur la question. Vous signalez les travaux du juge Hall et ceux du groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux fédéraux-provinciaux. Nous avons entendu tous ceux qui voulaient se prononcer sur les accords fiscaux, y compris . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): . . . les affaires du parti.

M. Epp: Il s'agissait d'une sauterie libérale que nous avons financée, vous et moi, mais je n'ai pas eu l'occasion de prendre la parole.

[Texte]

Mr. Breau: You think it is a Liberal Youth party, do you? In any event, did you hear what I said or do you want me to repeat it?

Ms Shand: I did not get all of what you said.

Mr. Breau: Anyway, my comments will be appended. I was just congratulating you and thanking you for having pointed out that the CMA advertisements to the effect that the public could not have expressed their views on the proposed Canada Health Act were incorrect. The public did have an opportunity when Justice Hall held his health services review from 1979 to 1980, and the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements in 1981 heard just about everybody in the country who wanted to speak on this. We travelled to every provincial and territorial capital and we had hearings here in Ottawa.

There is not much I want to question you on, because you have answered other questions and I agree with most of the things you say. I want to emphasize one part of your brief, and that is on page 47, when you talk about the different health care costs in the United States and in Canada. I am happy you approach it this way because too many people, in my view—well, maybe not too many but a great many people—see this only as a social or human issue, and you point out the practical effects of closing the leaks in the sources of funding for the system.

I do not know if you mention it later on, but in the United States, you are probably aware that—it is important to put this on the record—because it is a privately financed system, 12% of health care costs go to pay for the overhead, and in Canada we do it for just over 2%. I am happy you do point that out in your brief. It is a practical side to this whole question which too many people who normally would be concerned about public expenditures do not realize: In Canada, through a publicly controlled funding system, we actually save about 10% in overhead costs.

• 2120

With regard to the national health council that you propose, you realize of course that this act is not meant to be the cure-all and end-all for the health system. I personally hope this act, as soon as it passed and is operating, will be seen as a stage to further things; that in the very near future we can sit down and involve all the players concerned—the health consumers, the provincial governments, the medical profession, the nurses and others—into shaping our policies for the future and to shift the system from a very high cost and rigid system that cures illness to one that looks after the care of people.

I would like to ask you whether you foresee this kind of council as a means to involve everybody to shape this kind of policy for the future, a policy that would involve governments, etc. Do you think this could be done through this kind of advisory council? Would you like this to be an ongoing thing?

[Traduction]

M. Breau: C'est ce que vous pensez, n'est-ce pas? De toute façon, avez-vous entendu ce que j'ai dit, ou voulez-vous que je le répète?

Mme Shand: Je n'ai pas tout saisi.

M. Breau: Mes remarques seront versées au compte rendu. Je vous félicitais et je vous remerciais d'avoir signalé la publicité erronée de l'Association médicale canadienne, qui prétend que le public n'a pas exprimé son point de vue sur le projet de loi canadienne sur la santé. Le public a eu l'occasion de le faire quand le juge Hall a fait l'examen des services de santé en 1979 et en 1980, et quand le groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux fédéraux-provinciaux a siégé en 1981, car quiconque voulait alors prendre la parole a pu le faire. Nous nous sommes rendus dans toutes les capitales provinciales et dans les capitales des territoires, et il y a eu des audiences à Ottawa.

Vous avez répondu aux questions de mes collègues, si bien que je n'ai pas beaucoup de questions à vous poser. En général, je suis d'accord avec ce que vous avez dit. Je voudrais revenir à une partie de votre mémoire, à la page 47, où vous établissez un parallèle entre les coûts des soins de santé au Canada et aux États-Unis. Je suis content que vous l'ayez fait, car, à mon avis, beaucoup trop de gens, en tout cas un grand nombre de gens, envisagent la question uniquement sous l'angle social et humain. Vous signalez les conséquences pratiques qu'une utilisation plus rationnelle des sources de financement aurait pour le régime.

Au risque de répéter ce que vous savez déjà, et ce que vous signalez peut-être, aux États-Unis, où le régime est privé, les frais généraux absorbent 12 p. 100 du coût des soins de santé, tandis qu'au Canada, ils n'en représentent que 2 p. 100. Je suis content que vous le signaliez dans votre mémoire. Il s'agit d'un aspect pratique qu'oublie beaucoup trop de gens qui s'intéressent aux dépenses publiques. Au Canada, notre mode de financement public nous permet d'économiser 10 p. 100 des frais généraux.

Pour ce qui est du conseil national de la santé que vous proposez, vous vous rendez bien compte que cette loi n'est pas conçue pour constituer la panacée. J'espère que cette loi, dès qu'elle sera votée et mise en vigueur, aura permis de faire progresser les choses et que, très bientôt, nous pourrions discuter avec toutes les personnes concernées, les consommateurs, les gouvernements provinciaux, les membres de la profession médicale, les infirmières, et autres, des politiques qui modèleront l'avenir et qui permettront de transformer un régime fort coûteux et rigide, qui est axé sur la guérison, actuellement, en un régime qui sera axé sur les soins donnés aux gens.

Selon vous, ce genre de conseil constituerait-il un moyen permettant la participation de tout le monde à l'élaboration d'une politique pour l'avenir, une politique qui fera intervenir notamment les gouvernements? Pensez-vous que cela pourrait constituer une des tâches de ce conseil consultatif? Voyez-vous là un des rôles qu'il pourrait remplir?

[Text]

Ms Shand: Oh yes, very definitely.

Dr. Plain: Yes, that is precisely part of the overall planning and research. If you look at our system, and I do not mean it in any pejorative sense, our medical and our health care and other system in Canada are identified on the basis of needs basically. It has been served reasonably well by saying: we need so many positions, we need so many beds per thousand, we need so many of this and that, but when you look at the existing system today, in part, there are concerns over the over-supply of medical practitioners into the system in parts of this nation; there is the whole search for alternatives, preventive and curative health. As for the role the consumer, the user of the service, imparts, a fair amount of finger pointing has gone on in certain circles saying that it is consumer abuse; that the consumers were misusers of the system; that they were wasting resources and user fees and extra billing were needed to stop that. When all of this myth and all of this confusion on this issue can go on in 1984 in Canada, it clearly points out that there is a desperate need for an on-going informed public which is able to monitor and know what is going on.

To my understanding people in Ontario today, cannot find out what the amount is with respect to their extra billing, and what the practitioners receive, or whether the problem in Alberta with people on welfare who were being extra billed was going on in Ontario also—the poorest of the poor receiving those treatments. Canadians who want to determine what practitioners are paid because of medical associations are concerned about their payment and other levels, like everyone else, are not entitled, as consumers, to know how much practitioners and specialists make in various provinces of this country.

What we are saying is that, overall sir, there is a desperate need for a vehicle, for information, for dissemination on an ongoing basis to bring all parties together—the traditional groups, whether it was CMA, whether it was other groups . . . You need to get the people in the broadest sense into this, to start to get a number of those focusing on it. It may mean that it is a little more lively than the normal group, but it is very much needed.

Mr. Breau: I do not mention this because I subscribe to it, but because I want your reaction as a national association of consumers, because I know that you have a lot of contacts through many organizations with the grass roots. We have heard people question the basis that accessibility is a problem with premiums and with user fees and with extra billing. They say there has been no evidence that that was a big problem with accessibility. I guess you have already reacted to that a little bit but could you refer us to any monitoring that anybody in the country has about this so that we could satisfy these people who think there is no evidence of this? I think there is; I think there is, but are you aware of any monitoring that has been done lately? The last one, I believe, that was done in this country was in Saskatchewan in the early 1970s.

[Translation]

Mme Shand: Absolument.

M. Plain: Ce que vous évoquez fait partie précisément de la planification et de la recherche d'ensemble. Sans vouloir être péjoratif, on est forcé de constater qu'au Canada, le régime de soins de santé, de soins médicaux, et autres, est identifié fondamentalement d'après les besoins. Tout a relativement bien marché tant qu'on s'est contenté de déterminer le nombre de postes, le nombre de lits par milliers d'habitants et le nombre d'installations. Aujourd'hui, cependant, on commence à se préoccuper de la pléthore de médecins dans certaines régions du pays. On cherche des solutions de rechange, la façon de dispenser des soins de santé curatifs et préventifs. Quant au consommateur, l'usager du service, on l'a souvent accusé, dans certains milieux, d'en abuser. C'était les consommateurs qui abusaient du régime et qui gaspillaient les ressources, si bien qu'on a cru que la surfacturation et le ticket modérateur allaient régler la situation. Si, en 1984, au Canada, ce genre de fausse conception existe encore, c'est qu'il y a un besoin criant de renseigner le public pour qu'il puisse s'imposer une discipline et savoir où en sont les choses.

A mon avis, la population, en Ontario, aujourd'hui, ne peut pas savoir quelle somme est en cause quand il s'agit de surfacturation, quand il s'agit des honoraires des médecins. Les gens, en Ontario, n'ont pas les moyens de comprendre les problèmes des assistés sociaux, en Alberta, à qui on imposait la surfacturation. Il s'agit là de gens absolument démunis. Les Canadiens qui veulent savoir combien les médecins reçoivent ne peuvent pas être renseignés, car les associations médicales gardent le secret. À titre de consommateurs, ils ont le droit de savoir combien les médecins et les spécialistes touchent dans les diverses provinces du pays.

En résumé, monsieur, il est indispensable qu'il existe un véhicule pour diffuser ces renseignements de façon permanente, afin que tous les intéressés, les groupes établis, l'Association médicale canadienne, et autres . . . Il faut que l'ensemble de la population s'intéresse à cette question. Les discussions seront peut-être un peu plus houleuses qu'autrefois, mais c'est un besoin criant.

M. Breau: Si j'ai fait allusion à cela, ce n'est pas parce que j'approuve l'idée, mais parce que je veux recueillir votre point de vue à titre d'association nationale de consommateurs. Je sais que vous entretenez des liens avec beaucoup d'organismes bien établis au pays. Nous avons entendu des gens nous dire que l'accessibilité ne serait pas nécessairement compromise si l'on avait recours aux primes, aux frais modérateurs et à la surfacturation. On nous a dit que rien ne prouvait que cela allait mettre l'accessibilité en danger. Je sais que vous avez déjà répondu à cela; c'est pourquoi je vous demande de nous dire si vous avez des faits concrets à fournir qui nous permettraient de répondre à ceux qui prétendent que ces preuves n'existent pas? Je pense que ces preuves existent, mais je vous demande si on a fait des études, récemment, dont vous seriez au courant? Si je ne m'abuse, la dernière a été faite en Saskatchewan au début des années 70.

[Texte]

[Traduction]

• 2125

Dr. Plain: Yes. Since 1979, the Government of Alberta has made it a requirement that all physicians extra-billing patients must, as a part of the Act, record the amount; and therefore in the computer files in the Province of Alberta, since 1979, rest millions of cases and examples with respect to extra-billing.

Mr. Breau: No, no, I mean evidence that Canadians are impeded in . . .

Dr. Plain: Yes. Well, I am coming to this next as part of that.

In our brief, the documented source and the only place in Canada you can document, because they provide that public information, we were able through the bar graphs and the things to point out with respect to over the periods of time from 1979 through 1981 the extra-billings by people earning \$2,000 and \$3,000 and \$4,000—people on social assistance, the extra-billing of the aged and all—that no one was exempted.

Now the next question, you say, and this is the key: How can you show me that any of these people who had these charges laid on them were not able to receive medical services? The point is in the statistics, in that type of study, all we can show you is those who were able, even though they were on welfare, to pay the extra-billing charge and get into the system. We cannot show you the people who could not go because they are not there and they are not in the system; and the provincial plans have not undertaken, in a national sense, to study and utilize the people to carry out that type of analysis.

So in part you have to say: Is it true that with out-of-pocket charges the price mechanism will exclude people with different—lower . . . levels of income and wealth from consumption of various types of medical services? And in part, what we can say following up on the Saskatchewan study in the co-payment area and other areas: Yes, the price mechanism works; yes, user fees will exclude people, but I cannot point to those people in the computer files, those people did not get in it.

Mr. Breau: Well, the people the Saskatchewan study showed who were affected and who did not have access—who were deterred I should say—were the poor and the elderly, and that in fact there was an increase amongst the middle class, or an increase amongst those who could afford it, which meant you were really going from a system that treats the mass of people to the few who can afford it.

Dr. Plain: Right. Exactly.

Mr. Breau: What about in the provinces where they have premiums? In British Columbia and Ontario—the ones I know about—they say they have exclusions for people at the lower end of the income scale. Do you have any reports or evidence that confirms the view that I hold that there is no way these provincial governments can know how many people are not covered for services, because if they lose their job and they

M. Plain: Je vois. Depuis 1979, le gouvernement de l'Alberta exige que tous les patients de médecins ayant recours à la surfacturation révèlent la somme perçue, et cela fait partie des dispositions de la loi. Cela est donc sur ordinateur en Alberta depuis 1979, et on trouve là-bas des millions de cas et d'exemples concernant la surfacturation.

M. Breau: Non, je veux savoir si les Canadiens font face à un empêchement . . .

M. Plain: Je vois. J'y viens.

Dans notre mémoire, nous fournissons un graphique que nous avons établi d'après des sources documentées, des renseignements publics. Pour la période allant de 1979 à 1981, pour ceux qui gagnent 2,000\$, 3,000\$ ou 4,000\$, pour les assistés sociaux, les personnes âgées notamment, la surfacturation n'a jamais signifié un empêchement.

Vous me demandez, et c'est cela qui est crucial, si les gens à qui on a imposé la surfacturation s'étaient vu, de ce fait, refuser des services médicaux? D'après les statistiques, d'après les études faites, tout ce que nous pouvons prouver, c'est que des gens, malgré leur faible revenu, ont quand même pu obtenir des soins médicaux. Les statistiques sont muettes quant à ceux qui n'ont pas obtenu de services, et les responsables des régimes provinciaux n'ont pas fait d'études là-dessus. Ce genre d'analyse n'a pas été faite.

Il faut donc se dire: est-il vrai que les frais imposés aux usagers interdiront aux gens qui se trouvent au bas de l'échelle des revenus l'accès aux services médicaux? On peut répondre à cette question en partie d'après l'étude faite en Saskatchewan sur les paiements conjoints notamment. Effectivement, le jeu des prix intervient et le ticket modérateur exclura certains groupes. Je ne peux cependant pas, d'après les données mises sur ordinateur, désigner qui sont ces gens.

M. Breau: L'étude de la Saskatchewan indique que ceux qui ont été touchés, ceux qui n'ont pas eu accès aux services médicaux, qui ont été découragés, si vous voulez, étaient les pauvres et les vieillards; en fait, il y a eu une augmentation des usagers appartenant à la classe moyenne, ceux qui en avaient les moyens, donc, ce qui signifie que l'on était passé d'un régime qui permettait de donner des services à la masse des gens à un régime qui n'en donnait plus qu'à ceux qui en avaient les moyens. N'est-ce pas?

M. Plain: C'est cela.

M. Breau: Qu'en est-il des provinces où il existe des primes? En Colombie-Britannique et en Ontario, celles que je connais, on prétend que les moins bien nantis sont exclus. Avez-vous des rapports ou des preuves confirmant qu'il est impossible que ces gouvernements provinciaux sachent combien de gens ne reçoivent pas de services à partir du moment où ils sont sans emploi, vagabonds, récemment installés dans la province,

[Text]

were paying their premiums through payroll deductions, or if they are transients or have just moved here and they do not really know . . . I met some people in this City of Ottawa who were on welfare, and had lived here for at least five years, who did not know they could get their OHIP free of charge. This is a personal experience I had. I am the one who told them that the Ontario government brags about the fact. They then applied, and two months after they got it; but for five years these people thought they were not covered.

Dr. Plain: That is right.

Mr. Breau: Does the Consumers' Association of Canada have any reports or evidence about that aspect of it—people not covered by premiums?

Ms Shand: I can speak partly for the Province of Ontario, because I have had discussions with the Minister of Health in the past concerning this matter, and with the Treasurer there. Within Ontario we encourage them to make the public more aware of the fact; that if they are in the low-income bracket or are university students over 21 . . .

Mr. Breau: Or losing a job.

Ms Shand: —or have lost a job, we encourage them to go public with this information and to do as much as they could. I must say I have not monitored it. They seemed responsive to it when I suggested it, but I cannot say how well it has been applied.

The Chairman: Thank you, Mr. Breau. Mr. Epp.

• 2130

Mr. Breau: One of the witnesses was going to answer.

The Chairman: I am sorry.

Mrs. Rubino: I just wanted to say the premium assistance program in Ontario is not very well advertised; it is not advertised efficiently. I have had an experience related by somebody who was diabetic. He was out of a job and did not go to the doctor, and of course, his diabetes was much more advanced and required more treatment because he did not know he could go.

The Chairman: Thank you.

Mr. Epp.

Mr. Epp: I would like to just pursue one area with our witnesses. Obviously, I have not given your brief the reading and the study it deserves, and I will do that. It has been a matter of time rather than other intent or anything else.

You mentioned in your verbal presentation, Ms Shand—and I hope I have your words right—that Canadians want to pay medicals for medical services through the tax system. Polling would generally indicate that that is correct, at least the polling we have seen. What I am interested in are these extra services which virtually every group that comes before the committee feels would enhance health care in Canada. Obviously there is a cost involved; we have to be realistic about that.

[Translation]

puisque les primes sont déduites sur la feuille de paye . . . J'ai rencontré, ici même à Ottawa, des gens qui sont assistés sociaux depuis cinq ans et qui ne savaient pas qu'ils pouvaient bénéficier du régime d'assurance-hospitalisation gratuitement. C'est une expérience personnelle. C'est moi qui leur ai appris que le gouvernement ontarien était fier d'offrir ces services. Ils en ont donc fait la demande, et deux mois plus tard, ils étaient couverts. Il n'en demeure pas moins que pendant cinq ans, ces gens n'étaient pas couverts du tout.

M. Plain: Vous avez raison.

M. Breau: L'Association des consommateurs du Canada dispose-t-elle de rapports ou de données prouvant qu'il y a des gens qui ne sont pas couverts?

Mme Shand: Je puis répondre en partie pour ce qui est de la province de l'Ontario, parce que par le passé, je me suis entretenue de cette question avec le ministre de la Santé et le Trésorier. Et nous exhortons le gouvernement de l'Ontario à faire de la publicité là-dessus. En effet, tous les gens à faible revenu, les étudiants à l'université de plus de 21 ans . . .

M. Breau: Ou ceux qui sont sans emploi.

Mme Shand: . . . oui, précisément, devraient être informés, et nous demandons au gouvernement de faire davantage de ce côté. Je dois reconnaître que je n'ai pas suivi la question. Le gouvernement a semblé très ouvert quand nous en avons parlé, mais je ne sais pas quelles mesures il a prises.

Le président: Merci, monsieur Breau. Monsieur Epp.

M. Breau: J'ai cru qu'un autre témoin voulait répondre.

Le président: Excusez-moi.

Mme Rubino: Je voulais ajouter que le programme d'aide pour les primes, en Ontario, n'est pas bien annoncé. La publicité n'est pas efficace. Un diabétique m'a parlé de sa propre expérience. Il était sans emploi et n'était pas allé chez le médecin. Bien entendu, sa condition s'est aggravée et il a fallu un traitement plus intensif, parce qu'il n'avait pas consulté le médecin à temps.

Le président: Merci.

Monsieur Epp.

M. Epp: Je voudrais aborder une question avec nos témoins. De toute évidence, je n'ai pas eu le temps de consacrer tout le temps nécessaire à votre mémoire, mais je le ferai. C'est une question de temps, rien d'autre.

Dans votre exposé, M^{me} Shand, j'espère que je vous ai bien comprise, vous dites que les Canadiens veulent payer les soins médicaux par l'intermédiaire du régime fiscal. Les sondages, en général, indiquent qu'il en est ainsi, du moins les résultats que j'ai pu consulter. Je voudrais aborder la question des services supplémentaires dont la plupart des groupes qui ont témoigné ici réclament l'amélioration. Évidemment, il faut être réaliste et bien comprendre que cela suppose un coût.

[Texte]

Do you have any studies or any evidence as to the prioritization Canadians might place on those services; and especially, do you have any studies that show, if for example, premiums were dropped in provinces that now have premiums, what adjustments there would be to the tax system, either in personal income tax or sales tax—those come most readily to mind because of the amounts of money that can be raised, and we have to look at large amounts of money—what effect they would have on either one of those tax systems, if in fact, we funded not only an enhanced system but our present system entirely through the tax system?

Ms Shand: I cannot answer that.

Dr. Plain: They are just excellent questions. What we would have to do then is simulate whether someone would estimate: If we take the premiums off, we lose the employer contribution, and also . . .

Mr. Epp: Collective agreements, that whole . . .

Dr. Plain: What we have to do is look at the equivalent in terms of tax point equivalents in that analysis. At this stage, we have not been able to deal with that issue, but it is crucial. For example, some people have suggested what might be interesting if you wanted to maintain some illusions that people have . . . and I do not mean illusions in a negative sense, but the fact that there is some link between the payments for their service and the services they get—then perhaps we could use the personal income tax with its progressive side, allocating so many points for that, have some compromise—it is a premium, progressive identification—tied into that. Those are all important analyses, and I must confess at this stage I do not know of the details . . .

Mr. Epp: I have been trying to find them because I do not have them, and I . . .

The Chairman: Mrs. Rubino.

Mrs. Rubino: I believe it was in 1982 that, in the budget of the Ontario treasurer, they looked into this quite extensively.

Mr. Epp: I have that.

Mrs. Rubino: You have that. That is one source that is available. They did look into it.

Mr. Epp: If I recall that, that was primarily on the sales tax side. We have heard discussions, for instance in Ontario . . . Again, these are projections without scientific . . . tax basis, and I put that forward in that sense. For instance, when you look at the present economy and you look obviously at a recovery—and the recovery at best is shaky—the provinces would remove premiums because there is obviously a factor now with 100% accessibility, which for all intents and purposes is insurability, and Ontario would raise, say, the sales tax . . . I am not saying this is what they will do, but I have heard the figures of 2% and 3% extra. On the other side of that coin, not only from a consumer's point of view but I am simply saying from an economic recovery point of view, that obviously has some downside risks as well. I think we all recognize that. This is why I am so . . . I am in favour of a lot of good things but the fact remains, you have to pay for the system. I am just wondering whether you have spent any time in really looking

[Traduction]

Avez-vous à votre disposition des études ou des preuves sur la priorité que les Canadiens accordent à ces services? Avez-vous fait des études qui démontrent quels sont les rajustements nécessaires advenant que les provinces concernées renoncent aux primes? Je songe à des rajustements dans le régime fiscal, impôt sur le revenu ou taxe de vente, car ce sont là les deux principales sources de revenu quand des sommes importantes sont en cause. Ainsi donc, que signifierait pour le régime fiscal le financement du régime actuel de soins médicaux ou d'un régime amélioré à même ce régime fiscal?

Mme Shand: Je ne peux pas répondre à cette question.

M. Plain: C'est une excellente question. Pour en connaître la réponse, il faudrait se demander ce que signifierait la perte des revenus provenant des primes et de la cotisation de l'employeur, et également . . .

M. Epp: Les conventions collectives . . .

M. Plain: Dans l'analyse, il faudrait se pencher sur l'équivalent du point de vue des points fiscaux équivalents. Pour l'instant, nous n'avons pas pu terminer cela, mais c'est crucial. Par exemple, il y a une impression qui est créée, je ne dis pas cela de façon négative. En effet, on a l'impression qu'il y a un rapport étroit entre le service qu'on paie et le service qu'on obtient. On pourrait donc utiliser l'impôt sur le revenu personnel progressif, en signalant combien de points représentent la prime, et l'identification se ferait progressivement. Il s'agit là d'analyses qu'il est important de faire, mais je dois reconnaître que pour l'instant, nous n'avons pas de précisions . . .

M. Epp: C'est précisément ce que j'essaie de savoir, et je . . .

Le président: Madame Rubino.

Mme Rubino: Je pense qu'en 1982, le budget présenté par le Trésorier de l'Ontario a étudié cette question de près.

M. Epp: Oui, j'ai ces renseignements.

Mme Rubino: On peut donc chercher du côté de cette source-là. L'Ontario a étudié la question.

M. Epp: Si je me souviens bien, il s'agissait surtout de la taxe de vente. On a entendu dire, par exemple, en Ontario . . . Il y a des projections sans fondement scientifique, sans rapport avec l'assiette fiscale. Voilà pourquoi je pose la question. Par exemple, on espère actuellement une relance économique qui semble compromise. Si les provinces renonçaient aux primes, pour maintenir l'accessibilité universelle, il faudrait, en Ontario, par exemple, augmenter la taxe de vente . . . Je ne dis pas que c'est ce que fera l'Ontario, mais j'ai entendu dire qu'il faudrait la majorer de 2 à 3 p. 100. Il y a quand même un autre côté de la médaille. Il n'y a pas que les consommateurs, il y a également la relance économique. Il y a des risques à cet égard. Nous sommes sans doute tous d'accord là-dessus. En ce qui me concerne, je souhaite beaucoup de choses, mais je sais qu'il faut les payer. Je me demande si vous avez songé à cet aspect de la question, le fait que quelqu'un doit payer.

[Text]

at the flip side, so to speak; if you take it away from one it has to come from the other.

• 2135

Ms Shand: Mr. Epp, certainly we recognize there has to be two sides to everything and that we have to look at the cost benefits of everything. We have been accused of not doing it. I agree with you there is a flip side to it. Our facilities are not funded to that extent; our membership fees are not that high. We would have a problem on the flip side if we tried to do that kind of analysis. So I would have to say that unless we have someone like Dr. Plain, who is able to do it partly through his own economics work, we have not got the facilities nor the expertise to look at that kind of thing.

The Chairman: Mrs. Rubino.

Mrs. Rubino: I think one would have to then go to other provinces who do not have the premiums and see what are they doing and how it is working.

Mr. Epp: We have a payroll tax; and the payroll tax we are finding disastrous. I am not trying to just be partisan about it. The reason we are finding the payroll tax disastrous is because people thought it would just be 1.5%. That did not sound too bad. But when you look at manufacturing, which obviously provinces want to get into because of jobs, you find you are applying the 1.5% at every stage where there is labour input for a product. So it can be four and five times the 1.5%, and suddenly people are waking up and saying: Just a minute, this is not 1.5%. And I think with all the best intentions in the world and goodwill in the world... I want the best system. There is no argument about that. Philosophically I have no argument about it. And we know the demography, defensive medicine, technology. You identify all of them in your brief, I am sure. How do we as Canadians wrestle with that fact? For instance—this is not a solution and I am not putting it forward as a solution—would it be helpful in the educative sense if users of the health care system would go home after a visit, or whatever way it would be organized, with a statement of the cost to the system that that service entailed? Would there be any benefit? Have you done any checking on that?

Mrs. Rubino: No. I think this has been discussed at various meetings on health. And I think if you just put the listing in the hospital room or in the doctor's office, somewhere like that, rather than giving them all out individually... I do not think just the wholesale giving out of...

Mr. Epp: Another problem.

Mrs. Rubino: Yes. That is right. But I think it is good to know. But it is the doctor who is going to decide whether you have to go into the hospital and if you have to have that operation.

The Chairman: Mr. Cohen.

Mr. A. Cohen (Director General, Consumers' Association of Canada): Mr. Epp, I am not sure that the cost of providing the service you are describing is any different. What you are really

[Translation]

Mme Shand: Nous savons très bien, monsieur Epp, qu'il y a toujours deux côtés à la médaille. Nous devons voir quels sont les avantages par rapport au coût. Nous avons été souvent accusés de ne pas le faire. Cependant, nous ne disposons pas d'autant d'argent que nous le souhaiterions; les cotisations de nos membres ne sont pas tellement élevées. Nous aurions bien du mal à mener ce genre d'étude. À moins de pouvoir compter sur quelqu'un comme le Dr Plain, qui mène ses propres études économiques, nous ne pouvons pas nous permettre ce genre de chose.

Le président: Madame Rubino.

Mme Rubino: Il faudrait voir ce que font les provinces qui n'imposent pas de primes.

M. Epp: Il y a les retenues sur la paie, mais c'est un système qui se révèle désastreux. Je ne veux pas me montrer partisan, mais les gens pensaient que ces retenues ne constitueraient que 1.5 p. 100. Si c'était le cas, ce ne serait pas si mauvais. Pour ce qui est du secteur de la fabrication, cependant, qui intéresse beaucoup les provinces à cause de sa capacité de produire des emplois, le 1.5 p. 100 s'applique à toutes les étapes où il faut de la main-d'oeuvre. Le 1.5 p. 100 peut être multiplié par 4 ou 5. Et tout à coup les gens s'aperçoivent que ce n'est plus 1.5 p. 100. Même avec la meilleure volonté du monde... Remarquez bien que je suis en faveur du meilleur système possible. Je ne souhaite rien d'autre pour le pays. Je sais qu'il faut tenir compte de facteurs comme la démographie, la nécessité d'avoir recours à la médecine préventive, la technologie. Je suis sûr que vous en parlez dans votre mémoire. Cependant, comment les gens peuvent-ils concilier tout cela? Je ne dis pas que c'est une solution, mais il serait peut-être utile, par exemple, que les gens qui utilisent le réseau de santé s'en retournent chez eux avec une facture détaillée de ce qui en a coûté. Selon vous, ce serait utile? Vous avez envisagé cette possibilité?

Mme Rubino: Non. Remarquez bien qu'il a été question dans diverses réunions portant sur la santé. En ce qui me concerne, j'estime qu'il suffit d'afficher des listes de coûts dans les salles d'hôpital, dans les bureaux de médecins et dans des endroits semblables. Il me semble qu'il n'est pas nécessaire de remettre une facture à tout le monde...

M. Epp: Ce serait un problème de plus.

Mme Rubino: En effet. Il est quand même bon de le savoir. Cependant, c'est le médecin qui décide toujours si quelqu'un doit être hospitalisé ou doit subir une intervention.

Le président: Monsieur Cohen.

M. A. Cohen (directeur général, Association des consommateurs du Canada): Je ne sais pas, monsieur Epp, si le coût des services que vous décrivez doit être nécessairement différent.

[Texte]

discussing is who is going to pay for it. In other words, if you . . .

Mr. Epp: That is my argument.

Mr. Cohen: —take all of the recommendations that have been made to this committee and will be made to this committee, whatever they are, and add them all up and add them to the system, there is a fixed cost. The question is: Is it paid by people through premiums in some provinces and not in others, and payroll taxes in other provinces, whatever? Or is it paid through general tax collection? But the amount of the cost is not changing as a result of that. It is only a question of who is going to pay. If that is the choice, we always come down on the side—in spite of our lack of resources to prove it—that it should not just be people who happen to live in provinces where there are premiums. Surely there has got to be another system for society. How do you allocate the cost?

Mr. Epp: I appreciate that. Frankly, that is not my argument. You can pay it from the left pocket or the right pocket. The cost is there. But there is no doubt that provinces have organized both their tax structure and people in the province—be they consumers and/or business or whoever—who have also adjusted their operations to the existing regime. To change the regime often, I would suggest, has a higher cost factor. Here are the costs; how best now do we raise those costs? When we look at transferability of systems—and some of us have done a bit of that—I think we find that the same things that work well in a certain system or even a certain society, when you transfer them, do not necessarily apply because of societal factors. Obviously, all of us have made adjustments to the tax regime of a given province, and that is my problem, not that we have to pay the bill at the end or whether we do it through the tax system or premiums and the tax system.

• 2140

Dr. Plain: Right. On your question with respect to the resource distortion effects of various ways of raising the revenue and then the equity issues that are tied in with that, whether or not anybody has done that comprehensively, the answer is that, to my knowledge, they have not. I think you are quite right in saying we should. That is the type of ongoing thing on the health care economic side which we need addressed in a systematic way, because when we look at the millions and billions we spend, how much as a nation do we really put into hard-nosed health care economic research? It is pretty miniscule.

Mr. Epp: In the evidence we have had so far, I have been surprised at the lack of quality . . .

Dr. Plain: One of the great problems is in terms of payoffs in applied dollars straight on in those types of . . . That is another area, as we get into this issue, where we have to say: We cannot dump this anywhere; we have the system and we have to manage it. Okay, let us face that issue and talk about value for money.

Mr. Epp: Maybe we should look at the pilot project being done in Kingston and take something from there.

[Traduction]

Ce que vous voulez savoir en tout état de compte, c'est qui doit payer la facture. En d'autres termes . . .

M. Epp: Justement.

M. Cohen: . . . toutes les recommandations qui ont été faites devant ce Comité, en relation avec le réseau, comportent un coût. La question est de savoir s'il convient d'acquitter ce coût au moyen de primes, de retenues sur la paie ou autrement. Ou est-ce que ce coût doit être acquitté au moyen des impôts? Le coût, lui, reste le même. Tout ce qui change, c'est la méthode de paiement. Si tel est le choix, en ce qui nous concerne, nous continuons d'être en faveur, malgré notre manque de ressources pour prouver que c'est la meilleure méthode, du paiement non pas seulement par les personnes qui se trouvent à habiter les provinces qui ont imposé des primes. Il nous semble qu'il doit y avoir une autre façon de procéder.

M. Epp: Je comprends. Ce n'est quand même pas ce que je dis. Je sais que le coût reste le même que l'on paie avec la main gauche ou la main droite. Il reste que les provinces ont des structures fiscales différentes et que les habitants de ces provinces, consommateurs ou entreprises, se sont organisés en fonction de cette structure. Il me semble que changer souvent ces structures est plus coûteux. Étant donné que le coût est tel, quelle est la meilleure façon de le payer? Certains d'entre nous avons examiné quelque peu la question de l'interchangeabilité des systèmes. Nous nous sommes aperçus que les systèmes qui fonctionnent bien dans une société donnée ne fonctionnent pas nécessairement de la même façon dans une autre société. Nous nous sommes tous habitués au régime fiscal propre à une province, et le problème n'est pas de savoir qui va payer en fin de compte, si nous allons faire appel seulement aux impôts ou aux primes doublées des impôts.

M. Plain : Pour ce qui est méthodes en vue de trouver les revenus nécessaires et des effets de distorsion que peuvent avoir ces méthodes sur les ressources, pour ce qui est du degré de justice de ces méthodes, vous avez raison d'indiquer que personne ne s'est vraiment arrêté à la question. C'est certainement un travail que nous devrions faire. C'est quelque chose que nous devrions examiner de façon systématique. Compte tenu des millions et des milliards qui sont dépensés à l'intérieur du réseau de santé, combien consacrons-nous à la recherche économique en matière de santé? Très peu.

M. Epp: Dans tout ce que nous avons entendu jusqu'à présent, j'ai été très surpris de la faible qualité . . .

M. Plain : Nous dépensons tel ou tel montant à tel ou tel service . . . Il y a cependant une autre question que nous devons examiner. Nous sommes en face de ce réseau et nous devons essayer de l'administrer le mieux possible. Nous devons commencer à parler de l'optimisation des ressources.

M. Epp: Nous devrions peut-être commencer par suivre le projet pilote mené actuellement à Kingston.

[Text]

The Chairman: Mr. Epp, I think I will have to go on to Dr. Hudecki.

Dr. Hudecki.

Mr. Hudecki: I am pleased to have the association executive with us.

I had a quick look at the brief and I wonder if you could turn to page 17. This gives extra-billing as a percentage of total plan payments, and when you look down at plastic surgeons, they seem to be away out of line. I wonder if that is actually correct. As you know, in practically every province, as far as plastic surgery is concerned, part of it is considered essential and is covered by the plan; but the greater percentage of the work plastic surgeons do is cosmetic surgery, which is considered a bit of a luxury, and people are expected to pay out of their own pockets. I have an idea that the two are lumped together. I am not defending plastic surgeons, but in all fairness, I think that figure should be looked at.

Dr. Plain: The only answer I can give to that is that I questioned the plan exactly with your query for all the reasons and more, I am sure, which we could identify. They came back and said: The fact is that under the plan and terms of its payments, those are services that were deemed to be eligible under medicare, and unless you are prepared to go back and start to second-guess the plastic surgeons or the director of the plan over whether or not those are necessary services, as far as we are concerned, under the medical director of the plan and the rest, those are legitimate payments. We do not have a lot of the unnecessary or the face lifts and other types of things in there, other than where they were deemed to be medically necessary.

There is just no answer short of a major investigation as to what happened.

Mr. Hudecki: No, I think all you have to do is ask them—they have an organization as well... even roughly, what percentage of their fees is for cosmetic surgery and what percentage is for plastic surgery after burns or developmental defects of some kind. If someone wants certain parts of his body augmented or reduced, that is not really an emergency.

Dr. Plain: That is right. But these were...

Mr. Hudecki: But this includes a lot of...

Dr. Plain: No, as far as the director of the medical plan is concerned, these were all legitimate outlays paid by the public plan, and only those in the public plan are included here. So if we had an average gross for plastic surgeons for Alberta, based on 1982, of something in the neighbourhood of \$149,000—that is table 5, column 1—then the estimate in terms of the percentage increment from extra-billing would move them to an average of about \$197,000 gross. All of those supposedly on services approved and paid for under the plan, legitimately there. This does not include other services that may have been done.

[Translation]

Le président: Je dois passer à M. Hudecki, monsieur Epp.

Monsieur Hudecki.

M. Hudecki: Il me fait plaisir d'accueillir l'exécutif de l'association.

J'ai examiné rapidement le mémoire. Je vous renvoie à la page 17. Le pourcentage de la surfacturation par rapport aux paiements totaux à l'intérieur du régime y est indiqué. Les chiffres pour la chirurgie plastique semblent tout à fait hors de proportion. Je me demande s'ils sont exacts. Presque chaque province considère qu'une partie de la chirurgie plastique est essentielle et tombe sous le régime, mais la plus grande partie de la chirurgie plastique et cosmétique est jugée un luxe. Les gens doivent eux-mêmes en acquitter les coûts. Je ne veux pas défendre les spécialistes de chirurgie esthétique, mais je pense que ces chiffres ne leur rendent pas justice.

M. Plain : Tout ce que je peux vous dire, c'est que je me suis posé les mêmes questions et bien d'autres encore, et que la réponse a été qu'en vertu du régime et des conditions de versements, ces services ont été jugés admissibles. Donc, à moins de pouvoir mettre en doute le jugement des spécialistes de chirurgie esthétique ou du directeur du régime à savoir si ces services étaient vraiment nécessaires, nous devons les accepter comme tels, c'est-à-dire comme légitimes. Ils n'incluent pas les ridectomies et autres services semblables, sauf ceux qui sont considérés comme nécessaires pour des raisons médicales.

La seule autre solution consisterait à effectuer une enquête en profondeur.

M. Hudecki: Je suppose qu'il suffit de poser la question aux administrateurs. Ils sont là pour ça. Quel est le pourcentage qui est consacré à la chirurgie esthétique et quel est le pourcentage consacré aux soins nécessaires à la suite de brûlures ou de condition de ce genre? Pour ce qui est de mettre davantage en relief ou moins en relief certaines parties de son corps, ce n'est pas une urgence.

M. Plain : En effet. Ces services...

M. Hudecki: Il y en a beaucoup...

M. Plain : Non, selon le directeur des soins médicaux, il s'agit là de tous les services admissibles au régime public. Seulement ces services sont inclus. Donc, le chiffre brut moyen pour les spécialistes de chirurgie esthétique en Alberta, en 1982, est de l'ordre de 149,000 dollars, c'est le tableau 5, première colonne. Ce qui fait que le pourcentage de la surfacturation s'établit à environ 197,000 dollars bruts. Toute cette surfacturation est sans cesse appliquée à des services approuvés et payés par le régime. Ils sont légitimes. Ne sont pas inclus tous ces autres services dont vous parlez.

[Texte]

• 2145

Mr. Hudecki: That is very unusual, because practically every other province deals with them differently. What is charged privately would not have been included in that whatsoever; a good number of them do not come through the plan at all.

Dr. Plain: These supposedly "unnecessary ones" are not in there. That is all I can . . .

Mr. Hudecki: That is fine. They were so much out of line, I was wondering if you were being fair to them. Again, I say I am not defending them, but . . .

Mr. Cohen: You realize this table was produced by the Government of Alberta, not by us. We are just producing it.

Mr. Hudecki: I do not completely accept everything the Alberta government publishes, and that is why I question it.

Dr. Plain: In part, though, we do have documentation of some of the complaints we have had—the extra-billing and on medical services—that they were in the neighbourhood of \$200 in advance, two weeks, into the plastic surgeon's office, before you book for the hospital.

Mr. Hudecki: For what operation? If it is a burn, it will be covered by the plan, something like that . . .

Dr. Plain: No, not burns.

Mr. Hudecki: —but for the other operations, they are a bit of a luxury, unless you have great big ears sticking out or things of that nature.

The other question, and I think you probably answered it, but I did not really follow your discussion with Mr. Epp: How much money are consumers prepared to pay in taxes for health care? What will be happening with increased advances in technology and in utilization of medical services, the costs will keep going up and up? At what point do you feel that the people will say that this is all they can afford through the taxation system?

Dr. Plain: You know, there are very marked differences in the amounts Canadians pay in various provinces. In the summer I had the opportunity to go to Nova Scotia. I talked to some people in that area about their medicare and how they paid for it. They were talking about so many per cent in terms of their sales tax or portion that went for their medicare. I said that in Alberta we do not have a sales tax. And if you look at their payments—they were in part in terms of the incomes—the burden was relatively higher. I do not think you can come down and say that there is some magical number. The only thing I could say is that in terms of the response we get, medicare is viewed by the population to be a public and a government service of true benefit to the people as distinct—depending on opinions—from some of our other services. They are willing to back that and indicate support for it, and they indicate they would like first dollar coverage, and through the taxation system.

[Traduction]

M. Hudecki: C'est très curieux parce que chaque province les traite de façon différente. Les services donnés à titre privé ne sont pas inclus de quelque façon que ce soit. Il y en a un bon nombre qui ne sont pas inclus dans le régime.

M. Plain : Ces services dit «non essentiels» ne sont pas inclus. C'est tout ce que je puis . . .

M. Hudecki: Très bien. Ces chiffres me semblaient hors de proportion. Je me demandais seulement s'ils rendaient justice aux spécialistes de chirurgie esthétique. Remarquez-bien que je ne les défend pas . . .

M. Cohen: Vous êtes prié de noter que ce tableau nous a été fourni par le gouvernement de l'Alberta. Nous ne faisons que le reproduire.

M. Hudecki: Je n'accepte pas nécessairement d'emplée tout ce que publie le gouvernement de l'Alberta. C'est pourquoi je m'interrogeais à ce sujet.

M. Plain : Nous avons quand même une certaine documentation qui nous vient des plaintes que nous avons reçues relativement à la surfacturation et aux services médicaux. Il semble qu'il fallait payer près de 200\$ au bureau même du spécialiste deux semaines avant la réservation à l'hôpital.

M. Hudecki: Pour quelle genre d'intervention? Dans le cas des brûlures, les frais sont couverts par le régime.

M. Plain : Non, pas dans le cas des brûlures.

M. Hudecki: Dans les autres cas, il s'agit vraiment d'un luxe, à moins qu'on ait de très grandes oreilles qui sortent vraiment de l'ordinaire.

Une autre question, à laquelle vous avez sans doute répondu, je n'ai pas très bien suivi votre échange avec M. Epp. Combien les consommateurs sont-ils prêts à payer sous forme d'impôts au titre du régime de santé? Quels effets auront les progrès constants de la technologie et le recours accru aux services médicaux, dont les coûts s'accroîtront sans cesse? Quand la limite des impôts sera-t-elle atteinte?

M. Plain : Vous n'ignorez pas que les montants versés par les Canadiens varient considérablement selon les provinces. Au cours de l'été, j'ai eu l'occasion de visiter la Nouvelle-Écosse. J'ai eu l'occasion de discuter avec les habitants de cette province de leur régime d'assurance-santé et de la façon dont ils le financent. Ils m'ont parlé d'un certain pourcentage de leurs taxes de vente qui est consacré à leur programme d'assurance-maladie. Je leur ai rappelé qu'en Alberta nous n'avons pas de taxe de vente. Compte tenu de leurs revenus, leurs paiements étaient considérablement plus élevés. Je ne pense pas qu'il y ait de formule magique. Tout ce que je puis dire, et d'après les rencontres que j'ai eues, c'est que les opinions varient mais que les gens s'entendent pour dire que l'assurance-maladie est un service gouvernemental, comparativement à d'autres, qui leur profite vraiment. Ils sont prêts à lui donner leur appui, à le financer entièrement, et ce par la voie de leurs impôts.

[Text]

What is the number? Well, we have quite a range here. If you look at what the Americans are paying, we are by any measure seemingly far removed from any empirical limits we can determine.

Mr. Hudecki: The only problem that exists is that the information is not that readily available, and I think this is something the consumer should be informed of . . .

Dr. Plain: Yes.

Mr. Hudecki: —and should be prepared to accept it. If that is done, certainly adequate care can be given.

But I think one of the weaknesses in our present system is that, again, there is a sort of uniformity of pay for people, regardless of what their training is in a certain field, regardless of their experience. That leads to a great deal of discontent in the various professions, and it deals with frustrations of various kinds and justifies some of the extra-billing, not all of it. I feel we are not addressing ourselves to them; but as I tried to mention to the Canadian Medical Association today, that is really a responsibility of the medical profession. They should, within their own fee schedule, on some form of point system, properly compensate people who have the extra training and have the expertise, and not use a uniform fee, because that is leading to a great deal of dissatisfaction. If that is so, then each year there will be a little bit of an increase in the increment of cost, which will then be reflected in increased tax assessments of the individual. I think this type of information should be open and should be studied and observed by the consumers at large. It would eliminate a lot of the discussion we have about the extra billing. It really means that the medical profession has to re-study the whole fee schedule, and the consumers have to be prepared to meet the changes in the expenses of such a system. I believe the system should be a little bit flexible in order to account for this.

• 2150

Now, the only other comment I want to make is with reference to the care of women, in general, and elderly women in particular. Mrs. Mitchell came from the Hamilton area once—I hope she is referring to what she sees in British Columbia, because things like that just do not happen in Hamilton. I think the problem of over-sedating elderly people was discovered by doctors many, many years ago and brought to the attention of the various services. It does not occur, and I know it did.

Now, second . . .

The Chairman: Excuse me . . .

Mr. Hudecki: I am just going to finish this.

The Chairman: All right. That is fine, but we . . .

An hon. Member: It is good testimony; we should hear it.

The Chairman: It is excellent testimony, but if you could just bring your comments to a close, please.

Mr. Hudecki: The second comment that was made is that the elderly women are not properly looked after. They all live

[Translation]

Quelle doit être la limite? Eh bien, les chiffres varient. Comparativement aux Américains, nous sommes encore loin de toute limite empirique que nous pourrions fixer.

M. Hudecki: Le seul problème est que toute l'information nécessaire n'est pas disponible et que le consommateur doit être renseigné . . .

M. Plain : Certainement.

M. Hudecki: . . . pour pouvoir accepter de payer ces coûts. Les soins nécessaires doivent certainement être disponibles.

Il reste qu'une des faiblesses actuelles du réseau est que les intervenants sont payés le même montant, quelle que soit leur formation dans un domaine précis, quelle que soit leur expérience. Tout cela donne lieu à beaucoup de mécontentement dans les diverses professions. C'est ce qui peut justifier dans une certaine mesure la surfacturation. Nous ne nous arrêtons peut-être pas suffisamment à ces problèmes, mais comme je l'indiquais à l'Association médicale canadienne aujourd'hui, c'est surtout la responsabilité de la profession médicale. Les médecins devraient, dans le cas de leur propre échelle des taux, ou d'un système de points quelconque, dédommager adéquatement ceux d'entre eux qui ont une formation et une compétence accrues, et éviter d'utiliser une échelle uniforme qui crée beaucoup de mécontentement. Le surplus augmenterait quelque peu chaque année puis se traduirait par des impôts plus élevés pour l'intéressé. L'information pertinente serait disponible et la situation pourrait être suivie de près par les consommateurs. La discussion que nous avons actuellement sur la surfacturation serait grandement facilitée. Donc, la profession médicale devrait être prête à réexaminer son échelle de taux et les consommateurs devraient être prêts, quant à eux, à faire face aux dépenses inhérentes à un tel système. De toute façon, le système devrait être suffisamment souple pour permettre un tel accommodement.

L'autre observation que je voudrais faire a trait aux soins donnés aux femmes, aux femmes âgées en particulier. M^{me} Mitchell a déjà habité la région de Hamilton. J'espère que ce qu'elle a dit s'appliquait à la Colombie-Britannique, parce que ce n'est certainement pas le cas à Hamilton. La pratique consistant à donner trop de sédatifs aux personnes âgées a été découverte par des médecins il y a plusieurs années et portée à l'attention des divers services intéressés. Elle n'a plus cours.

Deuxièmement . . .

Le président: Je vous demande pardon . . .

M. Hudecki: Je vais simplement terminer.

Le président: Très bien. Cependant . . .

Une voix: C'est intéressant.

Le président: C'est très intéressant, mais je vous demanderais néanmoins de conclure.

M. Hudecki: Pour ce qui est du deuxième point voulant que les femmes âgées ne reçoivent pas les soins nécessaires, il

[Texte]

at least eight years longer than men, and there is still a span of about eight or nine years between the longevity of women and men; we are doing something right.

Ms Shand: I think it is because women work harder. They are stronger.

Mr. Hudecki: Although part of that is the natural tendency and the natural health support systems that women have inborn in them, a good deal of it is advances in medical care.

The Chairman: Thank you, doctor.

Mrs. Rubino.

Mrs. Rubino: It is the quality of care that the elderly women would argue with, I think.

Ms Shand: Mr. Chairman, I wonder if I might interrupt. Mrs. Rubino is going to have to leave in about two minutes to catch her plane; the rest of us are prepared to stay. Please excuse her.

The Chairman: I will go on to Dr. Halliday, and I have Dr. Schroder and Mr. Breau on a brief second round. We should not be too much longer, but we are here as long as there are questions...

Ms Shand: The rest of us are here.

The Chairman:—and we appreciate the problems. Some of us go back and forth to Toronto and other places, so we have to catch that last plane every night.

Mr. Breau: You cannot get anywhere but Toronto at this time of night, and we are lucky to get there.

The Chairman: Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I will not give any preamble at the moment. I want to just address one comment to Mrs. Rubino because it is the same one that Dr. Hudecki was on. We had a witness just last week that told us that Queen's medical school should be closed down. I was not trained there, but over 30 years ago I was trained at the University of Toronto and we were taught that drugs had a much more potent effect on older people, and most of us tried to observe that in the practice of medicine. So your credibility sometimes gets lost a little bit when you make statements like that, because they are just not quite factual.

Mrs. Rubino: I will send you the report—and it was a very recent report—if you like...

Mr. Halliday: No, I am not saying it does not happen.

Mrs. Rubino:—to substantiate that statement.

Mr. Halliday: I know it happens now, because I go into nursing homes and cancel drugs off by the left and right sometimes. But the point is, we have known about it for a lot more than 12 years—I think that was the date you mentioned.

Mrs. Rubino: No, I did not say 12 years. I just said the last few years.

[Traduction]

convient de souligner qu'elles vivent au moins huit ans de plus que les hommes. Il y a encore une différence de huit ou neuf ans entre l'espérance de vie des femmes et celle des hommes. C'est la preuve que le système doit fonctionner assez bien.

Mme Shand: C'est parce que les femmes travaillent plus fort, elles sont plus résistantes.

M. Hudecki: C'est dû en partie aux caractéristiques propres aux femmes, mais également aux progrès réalisés par la médecine.

Le président: Merci.

Madame Rubino.

Mme Rubino: C'est à la qualité des soins médicaux que les femmes âgées en ont.

Mme Shand: Excusez-moi, monsieur le président, je voudrais dire que M^{me} Rubino doit nous quitter dans deux minutes pour attraper son avion. Nous pouvons rester, mais elle vous prie de l'excuser.

Le président: C'était M. Halliday, puis ce sera le Dr Schroder et M. Breau, pour un bref deuxième tour. Nous devrions terminer bientôt, mais tant qu'il y aura des questions...

Mme Shand: Nous sommes prêtes à rester, quant à nous.

Le président:... nous comprenons la situation. Certains d'entre nous avons à nous rendre à Toronto et en d'autres endroits régulièrement. Nous savons ce que c'est que d'attraper le dernier vol chaque soir.

M. Breau: À cette heure-ci, il n'y a qu'un vol pour Toronto, et encore.

Le président: Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je ne vais pas faire de préambule à ce moment-ci, mais j'aimerais simplement faire une observation à M^{me} Rubino, à la suite des propos de M. Hudecki. La semaine dernière, un témoin nous a dit que la faculté de médecine de l'université Queen's devrait être fermée. C'est à l'université de Toronto, non pas à Queen's que j'ai reçu ma formation il y a plus de 30 ans, mais ce qu'on m'a enseigné, c'est que les médicaments agissent davantage chez les personnes âgées. La plupart d'entre eux nous devons nous souvenir de ce principe dans la pratique de la médecine. Donc, votre crédibilité en souffre lorsque vous faites des déclarations à l'emporte pièce comme celle-là. Elles ne reflètent tout simplement pas les faits.

Mme Rubino: Je puis vous faire parvenir ce rapport, il est très récent, si vous voulez.

M. Halliday: Je n'ai pas dit que la chose n'existait pas.

Mme Rubino: Il appuie ce que j'ai dit.

M. Halliday: Je n'ai pas dit que la chose n'existait pas; je visite des maisons de repos et annule des prescriptions à droite et à gauche. Il reste que nous sommes au courant depuis bien plus que 12 ans. Je pense que vous avez parlé de 12 ans.

Mme Rubino: Je n'ai pas dit 12 ans. J'ai dit au cours des dernières années.

[Text]

Mr. Halliday: Yes, okay, the last few. We have known about it for well over 30 years.

Mr. Chairman, if I may, I was not going to ask any questions—quite frankly, I am a bit like Ms Shand. If I get provoked, I can get on a soapbox, as she mentioned, and I want to avoid doing that if I can.

• 2155

I am disappointed when groups discussing health care, as we are doing here—whether they are professional groups or medical groups or allied health groups, or consumer groups, or whatever . . . create an adversary situation. For instance, I am a little disturbed because I learned many, many years ago that where you have rights you also have responsibilities. I am a little disappointed to see a thing in your document here which says “Consumer rights and health care” and then Ms Shand in her exposition to us told us about physicians’ responsibilities. But I did not hear anything about consumers’ responsibilities or about physicians’ rights. When you get that kind of situation existing you then have an adversary situation. It is not a healthy situation to try and get people coming together as we need to do in this country on this very important issue. I agree with you that it is an important issue, but if we are going to solve it we will not do it by highlighting consumer rights and highlighting physicians’ responsibilities and not the converse. It is just an observation.

Ms Shand: I think I did refer to physicians’ rights and responsibilities.

Mr. Halliday: Well we will see what the testimony says.

Ms Shand: The reason that we talk about consumer rights is that there was a long time when it was not even acknowledged that there were consumer rights.

Mr. Halliday: There is no question of that.

Ms Shand: But we do have responsibilities and we acknowledge that.

Mr. Halliday: Well that is good.

The Chairman: Mrs. Rubino.

Mrs. Rubino: Yes, and I would like to bring the attention of Dr. Halliday, is it . . . ?

Mr. Halliday: Yes, that is right.

Mrs. Rubino: . . . to our consumer rights and the very second one says:

The right to be respected as the individual with a major responsibility for his own health care . . .

and then we go on:

. . . and the right that confidentiality of his health records be maintained . . .

But we do maintain that the consumer has the responsibility.

Mr. Halliday: I was reading the headline. I was reading the big bold print.

[Translation]

M. Halliday: Bon, très bien, les dernières années. Il se trouve que nous sommes au courant du problème depuis plus de 30 ans.

De toute façon, je ne voulais pas poser de questions, monsieur le président. Cependant, je suis comme M^{me} Shand, lorsque je suis provoqué, je me défends. Je vais quand même essayer de me contenir.

Je suis toujours déçu de voir des groupes, qu’il s’agisse de groupes de médecins ou de groupes connexes, prendre le contre-pied lorsqu’ils discutent de soins de santé comme c’est le cas ici. Par exemple, il y a bien des années, on m’a enseigné que le fait d’avoir des droits entraînait certaines responsabilités. Dans votre document, vous parlez «des droits des consommateurs en matière de santé». M^{me} Shand, dans son intervention, a fait état des responsabilités des médecins. Cependant, il n’a guère été question des responsabilités des consommateurs ou des droits des médecins. Vous avez adopté une position d’affrontement. Il me semble que ce n’est pas la façon d’aborder un problème aussi important pour le pays. Le problème est certainement important, mais il ne va pas se régler simplement en insistant sur les droits des consommateurs et les responsabilités des médecins, au lieu du contraire. C’est une observation que je vous fais en passant.

Mme Shand: Je crois avoir parlé des droits et des responsabilités des médecins.

M. Halliday: Nous reverrons les témoignages.

Mme Shand: La raison pour laquelle nous insistons sur les droits des consommateurs est qu’il n’en a pas été question pour une longue période.

M. Halliday: Sans doute.

Mme Shand: Il reste que nous avons des responsabilités, et nous n’hésitons pas à l’admettre.

M. Halliday: Très bien.

Le président: Madame Rubino.

Mme Rubino: Je voudrais attirer l’attention de M. Halliday, c’est bien M. Halliday, n’est-ce pas?

M. Halliday: Oui.

Mme Rubino: . . . sur le deuxième élément de la liste de nos droits en tant que consommateur:

le droit d’être respecté en tant qu’individu ayant la plus grande responsabilité pour son état de santé . . .

et plus loin:

. . . et le droit que soit tenu confidentiel son dossier médical . . .

Donc, nous disons que le consommateur a des responsabilités.

M. Halliday: Je m’étais fié au titre.

[Texte]

Mrs. Rubino: Well, you know it is the fine print that gets you.

Mr. Halliday: That is how you mislead people, too.

Now just two or three other little points that bother me a little bit. I think it was Dr. Plain who was talking about the situation in the Edmonton tertiary hospital. He talked about the cardiovascular units and I thought I heard him say something about 25% of by-passes may or may not be as effective... No, only 25% may be fully effective. And that may be an accurate figure. I suspect actually that it is a lot higher than that. But the question I want to ask, or the point I want to make is, if I am the person having some kind of coronary artery problem, who is going to decide for me whether I am in that 25% or in the unfortunate 75%? The implication was there that there was unnecessary cardiovascular surgery being done. That was the implication in what you said, that we could save hospital beds by not doing those 75% but just limiting it to the 25%. Well, who is going to make that Godlike decision that three out of four people cannot have it done?

Dr. Plain: Hold it. Let us get a few things straightened out.

Mr. Halliday: Okay.

Dr. Plain: One, if we want to talk about the random trial results that have just come out, as I understand them, from the clinical people, that there is some suggestion now with respect to the by-passes that as far as the efficacy is concerned there is a real improvement perhaps in life expectancy and other matters with certain of these procedures. As before, we went through the whole question of whether there was any quality enhancing. Yes, there is believed to be and if people believe it in part that is why we have the queues, and certainly the surgeons do. And we can go back and forth and around that. But my issue was not to say that consumers who were desirous of the service should not be able to have the quality of their life and their lifestyle enhanced. No, I did not mean that. What I was saying is that the debate occurs in the hospital bed allocation you see then. The ordinary consumer, when faced with the issue and is told: You know, I would recommend a by-pass. Well, to him that is viewed as life and death. But when you get back into the technical side, as you well know better than I, many of those in the queues are quite elective. They may not have a greater priority in terms of, if we can use the term, a nominal elective over other types of elective procedures. So should you crowd out and say good-bye with respect to other areas, a number of other areas, and therefore do all and do more, as many of the cardiovascular surgeons argue, more of the beds, more of the operating room time really, to do all of the backlog in that area and crowd out others? It is elective, you know. So this is the difference between the public perception and the professional perception as to how long you may wait in the elective queues for something that the public feels is crucial and must be attended to immediately. So I hope I clarified that I wanted an elective procedure. A by-pass is elective as compared to some of them that should be done and done immediately. I do not know of any of those which they are not be able to do. For emergent or near-emergent services,

[Traduction]

Mme Rubino: Il ne faut pas oublier ce qui est écrit en petits caractères.

M. Halliday: C'est souvent comment on réussit à bernier les gens.

Encore deux ou trois points qui me préoccupent. Je pense que c'est le Dr Plain qui parlait de la situation à l'hôpital tertiaire d'Edmonton. Dans le contexte des unités cardiovasculaires, il faisait état du fait qu'environ 25 p. 100 des pontages pouvaient ne pas être aussi efficaces... ou plutôt il disait que seulement 25 p. 100 des pontages étaient vraiment efficaces. Il se peut que ce soit le bon pourcentage. Je soupçonne cependant qu'il est plus élevé. La question que je vais poser est celle-ci: si j'ai l'artère coronaire affectée de façon quelconque, qui doit décider pour moi si je dois faire partie de ces 25 p. 100 ou des autres malheureux 75 p. 100? Il semblait dire qu'il y avait des interventions cardio-vasculaires inutiles. C'était ce qui ressortait de ses propos, que des lits d'hôpitaux pouvaient être épargnés en ne procédant pas à ces 75 p. 100 d'interventions inutiles, en les limitant aux 25 p. 100. Mais qui va décider à la place de Dieu quelles seront ces trois personnes sur quatre qui n'auront pas droit à cette intervention?

M. Plain : Permettez-moi de rétablir les faits.

M. Halliday: Allez-y.

M. Plain : Si vous voulez parler des résultats contrôlés au hasard que viennent de publier les médecins, il semble y avoir des indications que les pontages sont efficaces dans certains cas pour ce qui est de l'amélioration de l'espérance de vie et d'autres facteurs. La question de l'amélioration de la qualité de la vie se pose. Il semble qu'il y ait amélioration, et c'est la raison pour laquelle les gens font la queue chez les chirurgiens. Nous pourrions discuter longuement de cette question. Ce que je voulais dire, cependant, ce n'était pas que les consommateurs qui désireraient subir cette intervention pour améliorer la qualité de leur vie ne devaient pas y avoir droit. Ce n'était pas du tout ce que je voulais dire. Ce dont je voulais parler, c'était du problème de la répartition des lits d'hôpitaux dans ce contexte. Si un consommateur se voit dire que son médecin recommande un pontage, pour lui c'est une question de vie ou de mort. Du strict point de vue technique, cependant, vous le savez aussi bien que moi, beaucoup de ces interventions sont facultatives. Et il peut y avoir d'autres interventions moins facultatives. Que faut-il faire dans ce cas? Faut-il procéder à chacune de ces interventions cardio-vasculaires comme le préconisent les spécialistes en la matière, faut-il reprendre le retard accumulé pour ce qui est de ces interventions aux dépens d'autres qui devront attendre? Parce qu'il s'agit d'interventions facultatives. Les médecins et les patients ne voient pas les choses de la même façon pour ce qui est de ces interventions facultatives en attente. Pour les patients, c'est quelque chose qui doit se faire immédiatement. Il s'agit donc bien des opérations facultatives. Or un pontage coronarien est justement une opération facultative. Par contre, je ne pense pas que le problème se pose pour des opérations urgentes. L'attente pour obtenir un lit d'hôpital se fait toujours pour les opérations facultatives.

[Text]

I do not think we have that problem in much of this country, but I think we sure have problems with respect to queues, the length of the queues, the waits in part. How far do you go? Just how far!

• 2200

Mr. Chairman, I do not want to pursue that further, but I think one could debate that a little more, I am sure. I know I could. Now, we had quite a fairly lengthy exposition on the issue of more flexibility in modes of practice. I for one have been interested in this for many years and I served on one of the committees that studied it. In my own way I have tried to promote it, sometimes with some great difficulty.

It is not a new concept; Saskatchewan has had them for 20 or more years, I guess. In Ontario, we have had them for a good many years. I had the experience of practising for the last 30 years, over 30 years, in a group of anywhere from two to six physicians. A neighbouring group to ours, not far away, got into one of these flexible types of schemes that was paid more or less on a per capita basis. It was interesting to find out after that had been happening for a couple of years that their incomes, per physician in that group was about three times the income of my group. It was interesting and I can understand now why the provincial government was not too anxious to proceed with that particular flexible kind of scheme.

In my view, what we should be opting for is choices, and I think in Ontario right now there are lots of choices. If you can present something that is interesting to the government, they are as anxious as anybody to save money and give better care. I find it very difficult to think that those opportunities are not there. They have been there in Saskatchewan for 20 years; they have been in Ontario for at least 15 years, and yet society is not picking them up.

I think society also has a problem with them in many cases. I acknowledge that we should allow them. We want them to be available. I am not sure we are going to find them take off until something else happens to make them more acceptable to the patients.

Dr. Plain: Yes. I think your point is well made to say that if overnight somehow if you could accept the proposition in the projects that we see or pilot projects or ongoing, long-run projects that say hospitalization on average was reduced but medical services in part was higher. You know, if that is a part of the theme, therefore the answer is the whole Canadian health care system moves to the clinic model.

The issue is whether there are other mixes or more of those that we can put through in terms of free choices? In Edmonton, Alberta, we have the walk-in medi-centres. No appointments, seven days a week, 7.00 a.m. in the morning, 11.00 p.m. at night. We are emptying a lot of their emergency rooms and part of the hospitals through that side; those are standard, general practitioner-types of operations. They are not part of the extended group of, say, nurse practitioner, psychiatric nurse, social worker, working with GPs. What really disturbed me and disappointed me is that back in the 50-50 days, the cost sharing, when we went through the pilot projects, the general practitioners on fee for service worked well; they

[Translation]

On pourrait encore dire beaucoup de choses à ce sujet. Il a été beaucoup question d'une plus grande souplesse dans la pratique médicale. Ça fait longtemps que je m'intéresse à la question et j'ai à ce titre fait partie de différents comités. C'est une idée que j'ai essayé de promouvoir avec plus ou moins de bonheur.

L'idée n'est d'ailleurs guère neuve; elle existe depuis 20 ans déjà en Saskatchewan. En Ontario aussi elle est appliquée depuis longtemps. J'ai moi-même pratiqué la médecine de groupe pendant plus de 30 ans, le groupe comportant de deux à six médecins. Un groupe de médecins établi pas loin du nôtre avait adopté un système de paiement forfaitaire par patient. Or, nous avons constaté au bout de deux ans que les médecins de ce groupe gagnaient *grosso modo* trois fois plus que nous. Inutile de vous dire que le gouvernement provincial n'a pas tenu à promouvoir ce système souple.

L'essentiel, à mon avis, c'est d'assurer différentes formules, ce qui est actuellement le cas en Ontario. Les autorités quant à elles sont toutes disposées à accepter des solutions raisonnables permettant de réaliser des économies et d'améliorer la qualité des soins. Or, cette possibilité existe depuis plus de 20 ans en Saskatchewan et depuis 15 ans au moins en Ontario et je ne vois pas pourquoi on n'en ferait pas autant ailleurs.

Mais cela ne va pas toujours sans difficulté. Il faudra sans doute encore du temps pour que ce système se répande davantage.

M. Plain : Il faudrait en effet réduire la durée des hospitalisations tout en améliorant la qualité des soins médicaux. Pour ce faire, il faudrait généraliser les cliniques au Canada.

La question est de savoir s'il existe d'autres solutions. A Edmonton, il y a des cliniques ouvertes sept jours par semaine de 7h00 du matin à 11h00 du soir et où les rendez-vous ne sont pas nécessaires. Ces cliniques où travaillent généralement des omnipraticiens ont permis de réduire la charge de travail des services d'urgence et de libérer un certain nombre de lits d'hôpitaux. Par contre, ces cliniques ne comportent pas d'assistantes médicales, d'infirmières en psychiatrie et de travailleurs sociaux. À l'époque où les frais étaient partagés par moitié, on avait lancé des projets-pilotes aux termes duquel les omnipraticiens étaient rémunérés pour chaque acte et le résultat avait été tout à fait satisfaisant. Cela avait permis de

[Texte]

thought it was beneficial. It took a lot of that workload off them and they did not have people coming back. It was a social problem for which they were not particularly trained; they felt the social workers could do better. But the thing was it was 50-50; it was not a physician covered service. Too bad, not covered.

Now we have some flexibility, but we need more of that now.

An hon. Member: Thank you.

The Chairman: Dr. Schroder.

Mr. Schroder: Thank you, Mr. Chairman. We have been talking about consumer responsibility and physician responsibility. I guess one thing I would like to get on the record is that in talking to many doctors and in studying the situation of high costs in medical care, one of the major problems in the system we now have is the expectations of the public. We talk about the increased costs, for example, in hospital care. Now a high percentage of this is the technology and particularly laboratory care—the tests. The amount of money that is spent on laboratory tests is astronomical and a great percentage of this is because doctors have to practise defensive medicine. Consumer expectation is that if I go to the doctor and he does not do a cardiogram, if he does not do all the lab tests, then he is not a good doctor. More and more doctors are finding themselves having to practise this kind of defensive medicine. As a result of this, of course, the insurance costs for doctors are going up. I have seen the rates recently. They are just astronomical. All these are inputs to the increased costs of medicine. So I would just like to know how you feel about what we talked about earlier, about consumer education, health promotion and all the other things.

• 2205

I hope that in the generation of this kind of education you are going to work hard in telling the public that there are different ways of measuring standards of health care, and that getting every test in the book is not necessarily going to produce better health care.

Dr. Plain: No, and it could be injurious to the consumer.

Ms Shand: I think I would like to respond to that by saying that really I have not in all the years that CAC has been involved in looking at this and having it brought to their attention, I have never felt that any member of CAC wanted or felt antagonistic toward the medical profession. What we are talking about is the cost and the access of that service. There has not been distrust of the medical profession, but I think one of the things we have said in here is that the consumer needs to know and there are a lot of things you mention that consumers have no way of knowing. I am talking about consumers of health services. They do not know what it costs to have the test done, or to get the training to be able to operate the machines. That is not their fault, but everybody fears the unknown and I think a lot of the antagonism you spoke about is totally unnecessary if consumers have the

[Traduction]

réduire la charge de travail et les patients ne revenaient pas à plusieurs reprises. Mais certains de ces cas auraient dû être traités par des travailleurs sociaux plutôt que par des médecins dont ce n'était pas la spécialité. Mais à l'époque les services n'étaient pas remboursés.

Maintenant nous avons plus de souplesse mais pas encore assez.

Une voix: Merci.

Le président: Monsieur Schroder.

M. Schroder: Merci, monsieur le président. Il a été beaucoup question de la responsabilité des malades ainsi que de celle des médecins. Les frais exorbitants de santé sont dus en grande partie à l'attente du public. Ainsi le coût d'une journée d'hôpital est dû en grande partie à la technologie, entre autres les tests de laboratoire. Les tests de laboratoires coûtent énormément d'argent, mais les médecins sont obligés d'en faire, faute de quoi les patients s'imaginent que le médecin ne connaît pas son métier. C'est ce que j'appelle de la médecine défensive de la part des praticiens. Bien sûr, il en résultera une augmentation des coûts d'assurance médicale. J'ai vu les tarifs récemment, ils sont vraiment astronomiques. Toutes ces choses contribuent à augmenter les coûts de la médecine. Je voudrais donc savoir ce que vous pensez du sujet dont nous discutons plus tôt, l'éducation des consommateurs, la promotion de la santé, et toutes ces autres choses.

J'espère que dans la préparation de ces programmes d'éducation, vous ferez un grand effort pour avertir le public qu'il y a différentes façons de mesurer les normes de soins de santé, et que d'essayer tous les différents tests possibles ne produira pas nécessairement un meilleur service de soins de santé.

M. Plain: Non, ça pourrait même être néfaste pour le consommateur.

Mme Shand: Je dois avouer, qu'en fait depuis toutes les années que l'Association canadienne des consommateurs étudie cette question, ou qu'elle lui est soumise, jamais je n'ai entendu un seul membre de l'Association qui ait voulu s'attaquer à la profession médicale. Le seul sujet qui compte, c'est le coût du service médical, et son accessibilité. Il n'y a pas eu méfiance de la profession médicale, mais comme nous l'avons mentionné, il faut que le consommateur soit mis au courant, et beaucoup de choses que vous avez mentionnées, le consommateur ne saurait les connaître. Je parle bien sûr des consommateurs de services de santé. Ils ne savent pas combien un test peut coûter, ou combien peut coûter la formation nécessaire pour faire fonctionner les machines. Ce n'est pas de leur faute, mais bien sûr tout le monde craint l'inconnu, et beaucoup de l'antagonisme dont vous avez parlé n'existerait pas si on donnait aux

[Text]

information they need to make reasonable decisions about this. But they are concerned now about the total supply of health services to them. I sincerely believe that in some way or other they want it to come out of the public purse and we all know that none of us want it to come out of my purse, I want it to come out of everybody else's purse. But that is what we elect you people for; it is to find solutions to that.

The Chairman: I have Mr. Breau and Miss MacDonald on the second round. Mr. Breau.

Mr. Breau: I just want to make a comment and maybe the witness who was having an exchange with Mr. Epp about the structural difference between financing the system through premiums or through general taxation or what the shifts could be . . . I am astounded at what Mr. Epp—maybe I did not understand correctly what he said—suggested that there would be an adverse effect of some kind, a burden in a sudden shift from financing the system through premiums to general taxation. It seems to me that the only place there would be an effect that could be negative would be on the part of higher income Canadians, higher income taxpayers, because . . .

Mr. Epp: That is if you use the income tax system.

Mr. Breau: No, even if you use the sales tax, because higher income people buy things that are more expensive and therefore would pay more sales tax. The middle-income Canadian or the low-income Canadian would get the part that his employer pays as a premium, he would get that, that would be a taxable income, and he would have to pay less proportionately. It would only be the higher income taxpayers who would have to pay more. So I do not see that these people would see a big difference in that at all, so I just do not see . . .

Mr. Epp: Herb, excuse me for interrupting. If you use those two models, you are right. If you use, for instance, a payroll tax as we have done in Manitoba, the answer is no.

Mr. Breau: Well, a payroll tax—you mean like the contributions to CPP?

Mr. Epp: No, no. I am sorry. The payroll tax is being used quite differently.

Mr. Breau: Well, maybe with a payroll tax . . . You mean, if you shifted from a premium to a payroll tax?

Mr. Epp: My argument is that I do not think it just cuts totally—we should get together . . .

Mr. Breau: No, I think it is important to put this on record.

The Chairman: Mr. Breau has brought up the subject and I do not think it is too technical. I think it is fair to let Mr. Epp answer at this stage.

Mr. Epp: I have no difficulty with your argument if you are using the sales tax argument or the income tax argument.

[Translation]

consommateurs les renseignements dont ils ont besoin pour prendre des décisions raisonnables à ce sujet. Ce qui les inquiète aujourd'hui, c'est l'ensemble des services de santé à leur disposition. Je crois fermement que d'une façon ou d'une autre, ils s'attendent à ce que ces services soient payés à même les deniers publics, car aucun d'entre nous ne veut que cela ne vienne de sa poche, mais bien de la poche des autres. Enfin, c'est pourquoi nous vous avons élus; pour trouver des solutions à cette question.

Le président: Je cède maintenant la parole à M. Breau, et ensuite à M^{lle} MacDonald, durant ce second tour. Monsieur Breau.

M. Breau: Je voudrais adresser une remarque peut-être au témoin qui a échangé avec M. Epp certains arguments au sujet de la différence structurelle entre le financement du système par voie de cotisations personnelles, ou par une imposition générale, et quels changements cela pourrait apporter . . . Peut-être n'ai je pas bien compris, mais je suis étonné que M. Epp suggère qu'il y aurait un effet néfaste, un fardeau qui serait ajouté s'il y avait un passage soudain du financement par voie de cotisations personnelles à un système de financement par imposition générale. Il me semble que s'il y avait un effet négatif, cela affecterait les Canadiens ou les contribuables qui ont des revenus plus élevés . . .

M. Epp: Oui, si vous utilisez une imposition sur le revenu.

M. Breau: Non, même si vous utilisez la taxe de vente, car les gens à revenus élevés achètent des choses plus chères, et donc payent plus de taxe de vente. Le Canadien à revenu moyen, ou à bas revenu, verrait une partie de ses frais payés par son employeur, quoique ce soit un revenu taxable, mais il paierait relativement moins. Seuls les contribuables à revenu élevé paieraient plus cher. Donc les autres ne sentiraient pas une différence aussi grande, alors je ne comprends pas . . .

M. Epp: Herb, excusez-moi de vous interrompre. Si on utilise ces deux modèles, vous avez raison. Toutefois si vous utilisez les cotisations sociales, comme cela se fait maintenant au Manitoba, alors ce n'est pas le cas.

M. Breau: Quand vous parlez de cotisations sociales, vous parlez des contributions au Régime de pensions du Canada, par exemple?

M. Epp: Non, non. Excusez-moi. L'emploi du système de cotisations sociales est bien différent.

M. Breau: S'il s'agit d'une cotisation sociale, vous voulez dire que si l'on passait d'une prime à une cotisation sociale?

M. Epp: Je ne pense pas que le changement soit si total . . . Nous devrions en discuter ensemble . . .

M. Breau: Non, je pense qu'il est important que ce soit inscrit au procès-verbal.

Le président: Le sujet qu'a soulevé M. Breau ne me semble pas si technique. Peut-être serait-il juste de laisser M. Epp répondre.

M. Epp: Votre argument ne présente aucune difficulté du côté taxe de vente ou impôt sur le revenu. Bien sûr, ceux qui

[Texte]

Obviously those that use the fee or get the income will pay a higher proportion. My argument is that some provinces now are looking at and in fact have instituted a payroll tax which they thought would also be the higher income, namely, the employers. What they are finding is that, because the payroll tax is at every level, at every instance where there is a labour component in the manufacturing of an end product, job creation is being affected because the payroll tax has a negative effect on job creation.

• 2210

Mr. Breau: Oh, I understand that. I find the payroll tax maybe as desirable as a premium. I do not think a payroll tax is an effective means or a fair means to do it, either. It seems to me the alternative to a premium is general taxation, as we have done in New Brunswick since 1960.

Mr. Epp: But that is not the only mode being used. That was my point.

Mr. Breau: Yes, okay. I find that going to a payroll tax is extremely . . .

The Chairman: We have our delegation before us, and I think perhaps you should not . . .

Mr. Epp: Maybe you and I should be witnesses.

Mr. Breau: I am sorry, Mr. Chairman, I can use my five minutes as I wish. I have had only four minutes and 20 seconds.

The Chairman: Mr. Breau, you have maybe a minute left. You can use your time for statements or for questioning, but I do not think it is usual that we have interplay across the table to that . . .

Mr. Breau: Okay. So I would just like to ask . . .

The Chairman: Mr. Breau.

Mr. Breau: —the gentleman there who seemed to . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Trying to get him to understand sometimes is . . .

The Chairman: Order. Mr. Breau has the floor.

Mr. Breau: That is right, Miss MacDonald, because when I hear something from Tories I want to make sure I understand carefully, because they are normally confused. They are normally confused, and when they are not confused, they try to confuse others.

I would just like the gentleman to confirm if he thinks shifting from premium to general taxation cannot have a negative burden other than on higher-income taxpayers.

Dr. Plain: I guess the answer in part to that question is that we need to look at the model. One could argue the proposition, as has been done in varying degrees here across the table. One thing is true: The employer portion of the premium would not be reflected in this sense. So that would be from the employer's side; that portion of the revenue contribution would be lifted, right? That is one part with respect to the premium reduction.

[Traduction]

utilisent le tarif, ou qui reçoivent un plus haut revenu paieront une proportion plus importante. Mon argument est que certaines provinces étudient maintenant la possibilité, ou même ont déjà institué une cotisation sociale, qui comprendrait aussi les gens recevant un revenu plus élevé, comme les employeurs. Parce que cette cotisation sociale touche à tous les niveaux de la main-d'oeuvre participant à la fabrication du produit final, elle a un effet négatif sur la création d'emplois.

M. Breau: Ah, je comprends cet aspect. À mon sens, la cotisation sociale est aussi souhaitable que la prime. Je ne crois pas toutefois que ce soit un moyen aussi efficace ou aussi impartial. À mon sens, l'alternative à la prime, c'est une imposition générale, comme celle qui est utilisée au Nouveau-Brunswick depuis 1960.

M. Epp: Je disais justement que ce n'est pas le seul moyen utilisé.

M. Breau: Oui, d'accord. La cotisation sociale me semble extrêmement . . .

Le président: Messieurs, nous avons des invités, et je pense que vous ne devriez pas . . .

M. Epp: Peut-être devrions-nous être témoins.

M. Breau: Excusez-moi, monsieur le président, je pense que je peux utiliser mes cinq minutes comme je l'entends. Je n'ai utilisé que quatre minutes et 20 secondes.

Le président: Monsieur Breau, il vous reste peut-être une minute. Bien sûr, vous pouvez utiliser ce temps pour faire une déclaration, ou pour poser des questions, mais je ne crois pas normal qu'on ait cet échange d'un côté à l'autre de la table.

M. Breau: Très bien. Je voulais simplement demander . . .

Le président: Monsieur Breau.

M. Breau: . . . au monsieur qui semblait . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Quelquefois, simplement essayer de comprendre est déjà . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. M. Breau a la parole.

M. Breau: Justement, mademoiselle MacDonald, je veux toujours bien comprendre ce que disent les conservateurs, car normalement ils sont très confus. Quand ils ne le sont pas, ils essaient de confondre les autres.

Je voudrais justement que ce monsieur nous dise si un changement d'une prime à un système d'imposition générale, aurait un effet négatif sur d'autres que les contribuables à revenus élevés.

M. Plain: Je pense que pour répondre à cette question il faudrait étudier le modèle. Je ne pense pas qu'on puisse discuter de la proposition en principe, comme on l'a fait dans l'échange précédent. Une chose est certaine: la partie de la prime payée par l'employeur serait éliminée. Donc, du côté employeur, cette partie de la contribution du revenu n'existe-

[Text]

Mr. Breau: I assume given to the employee and . . .

Dr. Plain: Yes, but what I am saying is: Then in part, with respect to the personal income and the progressivity on that personal income take, is this a part of the benefit package tomorrow . . . and I think this is part of the issue—if we move from one to the other? Now what happens with respect to wages? Do wages change? I thought the question was: In the short run, do wages change? The answer was: No, they do not until the next contract year. The next side of it was: Then what happens with respect to the short-run effects on personal income?

So as I say, there are short-run and long-run and a number of combinations there. I know that is not a very good answer; in fact, there is a gentleman in this room, who is not at this table, who could give a better answer to the economics than I can in this short run, but with that I will have to content myself.

The Chairman: Miss MacDonald.

Mr. Breau: The chairman has cut me off, so I cannot . . .

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Mr. Chairman, I have a question I want to put to you, because you were talking about the future and about the cost and access to services. You said at some point politicians are going to have to make those decisions, but it is not always that easy. I will take myself as an example; I will give you my case history.

Mr. Epp: I am listening.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Now, I have arthritis in the metatarsal joints of my feet.

Mr. Breau: That is from dancing.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I dance to try to keep them flexible. But now let me ask you about this. At this point in the kinds of medical breakthroughs we have made in recent years, a person who has had a bad arthritic condition can have a hip joint replaced with a plastic hip joint and so on. I am told that down the road all small joints are going to be replaced in the same way. But it certainly will not be inexpensive.

• 2215

Suppose in 20 years' time, when I am in my seventies, I say that is what I want to have done . . . just how much is an individual going to be able to demand of the system in operations, in medical treatment of that kind? I am not sure.

Ms Shand: What does society expect, in the way of being productive, of any of its citizens, whether they be 20 or 40 or 60 or 70? Are they not entitled to have their health at a stage where they can be productive and functional? That does not

[Translation]

rait plus, n'est-ce pas? Il y aurait donc réduction de cette prime.

M. Breau: Je suppose qu'elle serait donnée à l'employé, et . . .

M. Plain: Oui, mais alors, il faut se demander si cela fera partie de l'ensemble des avantages sociaux de l'avenir relativement au revenu personnel et à l'augmentation progressive de cette part de revenu personnel, dans le cas où l'on devrait passer d'un système à l'autre? Qu'arriverait-il aux salaires? Ces salaires changeraient-ils? À mon sens la question est: à court terme, les salaires changeront-ils? La réponse est non, pas avant la prochaine année contractuelle. Ensuite, il faut se demander: alors que sera l'incidence à court terme sur les revenus personnels?

Ainsi, il y a les aspects de court terme, long terme, et une combinaison des deux. La réponse n'est peut-être pas très bonne; en fait, il y a un monsieur dans la salle, qui pourrait sans doute donner une meilleure réponse sur l'aspect économique, mais je devrai me contenter de ma réponse.

Le président: Mademoiselle MacDonald.

M. Breau: Le président m'a interrompu, je n'ai donc pas pu . . .

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Monsieur le président, j'ai une question à poser aux témoins, car ils ont parlé plus tôt de l'avenir, du coût et de l'accessibilité des services. Vous disiez qu'à un certain moment, ce sont, nous, les représentants élus qui devons prendre les décisions, mais ce n'est pas toujours aussi facile. Je vais citer mon cas comme exemple.

M. Epp: J'écoute.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Moi j'ai de l'arthrite dans le métatarse.

M. Breau: C'est parce que vous dansez beaucoup.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je danse pour assouplir mes pieds. Maintenant laissez-moi terminer. En ce moment, à cause de certaines récentes découvertes médicales, on peut remplacer chez une personne frappée de l'arthrite, le joint de la hanche avec une prothèse plastique, etc. On me dit qu'un bon jour toutes les petites jointures pourront être remplacées de la même façon. Évidemment, ce ne sera pas ce qu'il y a de meilleur marché.

Disons que d'ici 20 ans, quand j'aurai dans les 70 ans, il me vient à l'idée de me faire faire cette opération . . . Combien un particulier va-t-il pouvoir exiger du système pour ce qui est d'opérations ou de soins médicaux de ce genre? Je n'en suis pas sûr.

Mme Shand: Et pour ce qui est de la productivité de ces citoyens, qu'ils aient 20, 40, 60 ou 70 ans, à quoi s'attend la société? N'ont-ils pas tous le droit à un état de santé qui leur permette d'être productifs et fonctionnels? Cela ne veut pas

[Texte]

mean that when you are 70 they are going to make you 50, but ...

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): No, but I think I could probably still be productive without that. But I would have, no doubt, the right to ask for that operation. The question I have to ask myself is, should I?

Mr. Breau: Of course you should.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Well, you know ...

An hon. Member: That is being done now. All the extremities can be done now.

The Chairman: Ms Shand.

Ms Shand: Yes, I have friends who have ...

An hon. Member: She did not answer the question, did she?

Ms Shand: Did I miss a question that I ... ?

The Chairman: No, no.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): There are other kinds of things, and I use that as an illustration, that are taking place, and I wonder how many of them ... do we classify everything as essential?

Dr. Plain: I think an interesting question is, depending on the rate of technological change ... A lot of these things depend upon our ability as a nation, in terms of our productivity increases, to purchase types and levels of care. There has been a remarkable change with respect to the services we receive in 1984—not just in terms of the technologies, but in terms of what we can do and what we can afford to do—than if we had stayed at productivity in other levels back 20 and 30 years ago. Our standards, with regard to real living, on average, aside from some pretty good aberrations here in the short run, have been increasing. So if our affordability increases and the desire is matched, why not?

But the question you pose is important. If all of those things happen at once, we have to ration resources. We ration them either to a price mechanism ...

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): There are so many other things.

Dr. Plain: We ration them in non-price sides. The decision is no easier because, in large part, of the resource allocation questions we make now, in a non-price system or the price system. They are not spelled out, we make them now. There is not an infinite amount of resources.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): That is exactly what I mean.

[Traduction]

dire que, lorsque vous aurez 70 ans, on pourra faire de vous «une petite jeunesse» de 50 ans, mais ...

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Non, mais je crois que je pourrais quand même être productive sans cela. Il ne fait aucun doute que j'aurai le droit de demander qu'on me fasse subir ce traitement. Je me demande cependant si je devrais le faire.

M. Breau: Evidemment que vous le devriez.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Eh bien, vous savez ...

Une voix: Cela se fait déjà. On peut déjà faire cela pour toutes les extrémités.

Le président: Madame Shand.

Mme Shand: Oui, j'ai des amis qui ont ...

Une voix: Elle n'a pas répondu à la question, n'est-ce pas?

Mme Shand: Y a-t-il une question que je n'ai pas entendu et ... ?

Le président: Non, non.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Il y a d'autres genres de choses qui se passent, je m'en suis servi comme exemple pour illustrer ce que je disais, et je me demande combien d'entre elles ... Est-ce que chacune d'entre elles devient alors essentielle?

M. Plain: Je crois que la question intéressante à poser, compte tenu du rythme de changement dû à la technologie ... Beaucoup de ces choses dépendent de notre pouvoir, comme nation, grâce à l'augmentation de la productivité, ... de notre pouvoir d'acheter des soins de ce genre et de ce niveau. Il y a eu des changements remarquables pour ce qui est des services dont nous jouissons en 1984 ... pas seulement pour ce qui est de la technologie, mais aussi au niveau de ce que nous pouvons faire et de ce que nous pouvons nous payer ... C'est beaucoup mieux que ce que nous pourrions avoir si nous en étions demeurés au même niveau de productivité, dans d'autres domaines, il y a vingt ou trente ans. Notre niveau de vie réel, en moyenne, mis à part certaines aberrations à court terme, ne cesse d'augmenter. Si, donc, la demande augmente et qu'on peut se le payer, pourquoi pas?

Cependant, vous venez de poser là une question importante. Si tout arrive en même temps, il nous faut ménager nos ressources. Nous les ménagons en recourant à un mécanisme de prix ...

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Il y a tant d'autres choses.

M. Plain: Nous le faisons déjà pour les choses où le prix n'entre pas en ligne de compte. La décision n'est pas plus facile parce que, en grande mesure, on fait l'allocation de ces ressources en se fondant ou non sur les prix. Rien n'est précisé, mais nous prenons d'ores et déjà ce genre de décision. Nous n'avons pas à notre disposition des ressources illimitées.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Voilà exactement ce que je voulais dire.

[Text]

Dr. Plain: Every system, whether it is paid for through prices and through the market system or whether it is through this type of system, everybody has a rationing problem; everybody has a scarcity problem. Then, in the public side, we will be looking at consensus in terms of trade-offs.

The one thing that we did as a nation, for better or for worse in our system, overall, is that we put more into butter and less into guns over the last 30 years, in terms of defence and trade-offs, with respect to public goods and other services. Times may change priorities and directions. Then the guns and butter and other trade-offs become more important.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Even within that butter, we still have the retraining of a great many people, who are going shortchanged at the moment; pensions that are not being paid or people who are not being allowed into such as homemakers' pensions... all of these things are getting short shrift.

The Chairman: Miss MacDonald, I think Mr. Cohen had a comment.

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): Oh, I am sorry.

Mr. Cohen: Your question I think is a fascinating one for everybody, especially with the new technology aspect in relation to medical science. People, as much as they are fascinated by new technology, are even more fascinated by it when it is applied to medical science because of the effect on them. Questions we will be posing in 20 years are unknown questions to us; however, do not think for a moment that they will represent any more than a fairly small percentage of the overall medical service required for society.

• 2220

And I sometimes think we get stuck; and I think we do not even know what the question is, so how can we decide what the answer is, when in fact we know there will always be a certain percentage of the activity on the edge of the technology, just like there is now. We do not know what the technology will bring us in 20 years; but we know it will be on the edge, and it will be maybe a slightly larger percentage. But for the vast majority of people using the medical care system, they will not be wondering whether they should ask to have their feet fixed, or their hands fixed, or whatever, they will be needing the same basic services that people need now; and most of those people will not very often be in a position to ask themselves whether they ought to be asking to ask the doctor to go shopping for doctors. I mean, they will be just like people are now. They get sick. They did not ask to be sick; they did not want to be in a hospital; they did not want to be at the doctor's, and they need help. And those are always going to be the majority of the people...

[Translation]

M. Plain: Dans tout système, qu'il s'agisse de prix à fixer, d'un système de marché, d'un système du genre, tout le monde a des problèmes de rationnement; il y a toujours des problèmes de rareté des ressources. Du côté du public, il faudra en arriver à un consensus.

Vous savez, pour le meilleur ou pour le pire dans notre système pendant les 30 dernières années, nous avons mis plus d'argent pour le beurre et moins pour les canons dans les choix de biens publics et d'autres services. Le temps changera peut-être ces priorités et ces orientations. C'est alors que les canons, le beurre et les autres compromis deviendront plus importants.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Mais même avec nos ressources en beurre, nous aurons à recycler énormément de gens qui ont moins que les autres pour le moment, les pensions qu'on ne paie pas ou les gens à qui l'on accorde pas la pension de ménagère... Tous ces problèmes sont laissés sans solution.

Le président: Mademoiselle MacDonald, je crois que M. Cohen a un mot à dire.

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Oh, excusez-moi.

M. Cohen: Je crois que votre question est un exemple de cette fascination qui s'empare de tous surtout lorsqu'il est question de cette nouvelle technologie en matière de sciences médicales. Les gens, fascinés qu'ils sont par la nouvelle technologie, le sont encore plus lorsqu'elle s'applique aux sciences médicales à cause des conséquences que cela peut avoir pour chacun d'entre nous. Les questions que nous poserons dans 20 ans d'ici, nous sont inconnues pour le moment; cependant, n'allez pas croire un seul instant que ces questions représenteront beaucoup plus qu'un pourcentage relativement restreint des services médicaux dont la société a besoin.

Je crois que parfois nous sommes coincés, nous ne savons même pas quelle est la question, alors comment pouvons-nous décider de la réponse quand, à vrai dire, nous savons qu'il y aura toujours un certain pourcentage de l'activité qui se déroulera à la fine pointe de la technologie, tout comme maintenant. Nous ne savons pas ce que nous réserve la technologie dans 20 ans d'ici; cependant, nous savons qu'elle sera très avancée et qu'elle représentera peut-être un pourcentage de l'ensemble un peu plus élevé. Mais pour la vaste majorité des gens qui font appel au système de soins médicaux, ils ne se demanderont pas s'ils devraient faire une demande pour faire rafistoler leurs pieds, leurs mains ou quelque chose du genre; ces gens auront besoin des mêmes services généraux que les gens aujourd'hui; la plupart d'entre eux, souvent, n'en seront pas à se poser la question de savoir s'ils devraient demander à leur médecin traitant de se confier à d'autres médecins. Après tout, ils seront exactement comme les gens d'aujourd'hui. Les gens sont malades. Ils ne sont pas malades par choix; ils ne se trouvent pas à l'hôpital par choix; ils ne vont pas voir les médecins par plaisir, mais parce qu'ils ont besoin d'aide. Ce sera toujours là la majorité des gens...

[Texte]

Miss MacDonald (Kingston and the Islands): I agree with that, too.

Mr. Cohen: —anxious that we not lose sight of it, because in the mystery of the new technology . . .

The Chairman: With the consent of the committee, I would like to go to Dr. Halliday for one question and Dr. Hudecki for one question, and then thank the delegation for being here tonight. Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman.

The question I want to get on to is on the issue raised earlier by Ms Shand and then raised again in another context just a minute ago by Dr. Plain. Ms Shand discussed how their association generally approves of user fees, and I understand what she meant about that, but she said that with respect to certain basic necessities—I think was the word she used . . . that did not apply, and she said health care is one. I want to ask, first of all, just what the other basic necessities are.

Dr. Plain: Elementary, secondary education, all sorts down through a whole side. We have the choice. People are going to learn to read and write . . .

Mr. Halliday: I do not want the details, just tell me, Education, yes; what else?

Dr. Plain: We could go down to justice, police protection . . .

Mr. Halliday: Housing?

Dr. Plain: No.

Mr. Halliday: We are not entitled to housing?

Ms Shand: You are entitled to shelter.

Mr. Halliday: Shelter, that is what I mean. Okay, shelter. Food?

Ms Shand: Oh, but now you are . . . Excuse me, you directed your question to Dr. Plain.

The Chairman: Mr. Halliday, I do not rule very strictly regarding relevance, because a lot of things are relevant, but perhaps you can tell the committee where you are coming from and we can go on from there.

Mr. Halliday: Okay. I assumed that when Ms Shand referred to basic necessities she was talking about shelter, as she mentioned, and food and clothing. Those are deemed to be basic necessities. My question really is this, then: We agree that all society deserves a certain amount of shelter and a certain amount of food, and we see nobody suffer in those areas below a certain level. We do not deny them the luxury food or the luxury housing, or the luxury clothes, if they want to get them. So my question goes right back to what Dr. Plain was referring to; namely, the fact that we have to ration resources.

[Traduction]

Mlle MacDonald (Kingston et les Îles): Je suis d'accord sur cela aussi.

M. Cohen: . . . et il ne faudrait pas perdre cela de vue, parce qu'avec tout le mystère entourant cette nouvelle technologie . . .

Le président: Avec l'assentiment du Comité, j'aimerais permettre au Dr Halliday et au Dr Hudecki de poser une question, nous remercierons ensuite la délégation d'être venue nous rencontrer ce soir. Docteur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président.

J'aimerais maintenant aborder une question soulevée un peu plus tôt par M^{me} Shand et par le Dr Plain il y a un instant à peine. M^{me} Shand nous a dit comment son association, généralement parlant, approuve le ticket modérateur, et je comprends ce qu'elle entend par cela, mais elle a dit aussi que pour ce qui est de certaines nécessités fondamentales—il me semble que c'est l'expression dont elle s'est servie—cela ne s'appliquait pas, et elle a bien précisé qu'un des domaines, c'est les soins de la santé. J'aimerais tout d'abord lui demander quelles sont les autres nécessités fondamentales de la vie.

M. Plain: L'instruction élémentaire et secondaire, toutes sortes d'autres choses. Nous avons un choix à faire. Les gens vont apprendre à lire et à écrire . . .

M. Halliday: Je ne veux pas entrer dans le menu détail; dites-moi tout simplement, l'instruction, oui; quoi encore?

M. Plain: On pourrait ensuite passer à la justice, la protection policière . . .

M. Halliday: Le logement?

M. Plain: Non.

M. Halliday: Nous n'avons pas le droit au logement?

Mme Shand: Vous avez droit à un toit.

M. Halliday: Un toit, oui, c'est ce que je voulais dire. Parfait. Un toit. Et manger?

Mme Shand: Oh, mais maintenant vous . . . Excusez-moi, vous avez posé votre question au Dr Plain.

Le président: Monsieur Halliday, je n'ai pas posé la question de la pertinence, parce qu'énormément de choses sont pertinentes, mais peut-être pourriez-vous expliquer au Comité quel est votre point de départ et où vous voulez en arriver.

M. Halliday: Bon. Quand M^{me} Shand parlait des nécessités fondamentales, je me suis dit qu'il s'agissait là d'un logement, ou d'un toit sur la tête, comme elle l'a dit, sans oublier la nourriture et le vêtement. Ce sont là ce qu'on croit être les nécessités fondamentales. Voici donc ma question, alors: Nous sommes tous d'accord que la société a droit à un certain minimum pour ce qui est du logement et de la nourriture et nous ne voulons pas que les gens, pour ces domaines, en soient réduits à accepter moins que ce minimum. Nous ne leur nions pas le droit à la nourriture de luxe ou au logement de luxe ni aux vêtements de luxe, s'ils veulent se les procurer. Ma question revient donc à ce dont parlait le Dr Plain, c'est-à-dire, le fait qu'il nous faut ménager nos ressources.

[Text]

Now, if I, as a citizen, decide that I prefer to have no summer holidays, spend no money on travel, but that I want to be able, when I get arthritis in my neck and Dr. Hudecki, who is an orthopaedic surgeon, has developed a fancy operation that is not generally available . . . he can take out my neck bones and put in other ones, let us say, something really, really sophisticated . . . I want to think that no matter what the health care service is able to provide, and Dr. Plain has agreed that we cannot provide everything, because there is a limit to the resources, if I, as a private citizen, choose not to have any holidays, I should have the right to spend that money, in lieu of holidays, on this fancy operation that Dr. Hudecki will do for me for a sum of money. And I do not mind paying for it, because I would much prefer to have my neck fixed than go on a holiday. I think I am being told by our witness, Mr. Chairman, that I am not entitled to that.

Dr. Plain: All we are saying to you is that if the service is one that is not medically required, as deemed in the relationship, in the normal way, and you are asking for something that is beyond what is a medically necessary service, then as far as I know, you are entitled to receive that whenever you want to, to save for it in whatever manner you do, but you will pay for it.

Mr. Halliday: No, I was not talking . . .

Dr. Plain: I was making the distinction that services that are medically required will be paid for under the scheme and those that are not medically required would not be.

Dr. Halliday: But that is not the way it works.

Dr. Plain: So if there was no medically required procedure, then, no.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, one last . . .

Dr. Plain: Sorry, if I misunderstood.

Mr. Halliday: We had testimony earlier today right from *The New England Journal of Medicine* where statistics were given, one by one, how in the British health service the number of services for this cancer procedure—and they named about eight or ten different procedures—and the actual percentage drop that has happened in the United Kingdom system. That is what we are heading for, of course, and that is what I deplore and why I question and challenge this concept that we even accept the idea of rationing resources. Only on the basic level we would have to ration them, but surely we have to allow for those who want to use their own money for something else the opportunity of doing that.

• 2225

Dr. Plain: No, I do not think anyone here is suggesting, sir, that we are denying that side, but if you want services beyond

[Translation]

Si en ma qualité de citoyen ordinaire, je décide que je préfère ne pas me payer de vacances d'été, ne rien dépenser pour voyager, mais que, quand l'arthrite me fera souffrir du cou et que le Dr Hudecki, chirurgien orthopédique, aura mis au point une opération un peu extraordinaire dont il n'est pas facile de se prévaloir . . . Il peut enlever tous les os de mon cou un par un pour les remplacer par d'autres, disons quelque chose de très, très compliqué . . . J'aimerais pouvoir penser que, quel que soit le service que les services de la santé sont en mesure de me fournir, et le Dr Plain est d'accord pour dire qu'il est impossible de tout fournir à tout le monde, car les ressources sont limitées, si moi, en ma qualité de citoyen ordinaire, je choisis de ne pas me payer de vacances, je devrais avoir le droit de dépenser cet argent pour me payer cette opération avant-gardiste, dont le Dr Hudecki pourra me faire profiter pour une certaine somme d'argent. Cela ne me fait rien de me payer ce luxe, car je préfère de loin me faire rafistoler le cou plutôt que de partir en vacances. Je crois, monsieur le président, que notre témoin est en train de me dire que je n'ai pas le droit de faire ce choix.

M. Plain: Tout ce que nous disons, c'est que si le service n'est pas médicalement indispensable, tel que prévu, de la façon normale, si vous voulez obtenir un service qui va au-delà de l'indispensable, à mon sens, vous avez le droit d'obtenir ce service quand vous le voulez, de trouver l'argent de la manière que vous voudrez, mais vous devrez payer de votre poche.

M. Halliday: Non, je ne voulais pas dire . . .

M. Plain: Je faisais la distinction suivante, c'est-à-dire que les services médicalement indispensables seraient défrayés en vertu du régime et que les services qui ne le sont pas ne le seraient pas.

M. Halliday: Mais cela ne fonctionne pas comme cela.

M. Plain: Donc, si ce n'est pas médicalement indispensable, non.

M. Halliday: Monsieur le président, une dernière . . .

M. Plain: Excusez-moi, si je vous ai mal compris.

M. Halliday: Un peu plus tôt aujourd'hui, on nous a cité le *New England Journal of Medicine*, où l'on donnait des statistiques, dans les services de la santé de Grande-Bretagne, sur le nombre de services par traitement du cancer . . . Et ils ont donné 8 ou 10 différents . . . et sur le pourcentage de diminution réelle dont on a été témoin dans le système du Royaume-Uni. Voilà ce vers quoi nous nous dirigeons, évidemment, et voilà ce que je déplore et pourquoi je remets en question qu'on puisse même accepter l'idée de ménager nos ressources. Il ne nous faudrait les ménager qu'au niveau fondamental, mais nous devons certainement prévoir quelque chose pour ceux qui veulent se servir de leur argent pour se payer autre chose, et il nous faut certainement leur en laisser la possibilité.

M. Plain: Personne ne l'a suggéré, monsieur, mais si vous voulez assurer des services supplémentaires, en plus de ceux que l'État ou le pays peut se permettre de financer . . .

[Texte]

what the state or the rest can afford or purchase in any other direction from any person in any place . . .

Mr. Halliday: I hope you will tell the Minister that.

Dr. Plain: But she has been talking about the set of medical necessary services required and covered by medicare, and that is what we are talking about.

The Chairman: Thank you very much. I will go to Dr. Hudecki for the last question.

Mr. Hudecki: I just wanted to answer Flora MacDonald. Actually, the statement that she made is quite correct: it is possible to replace every bone in the extremities and some of the spine, and it has been possible for the last 10 years. Some of the replacements, for example, the hip—the material itself costs anywhere from \$1,500 to \$2,000; and it is done regularly; it is part of a routine procedure now as far as the technology in orthopaedics is concerned. Because it has been here for 10 years, it has been incorporated into the treatment system of orthopaedics and it has been controlled by just the good judgment of the people who have been doing it. It has not been abused. It is very costly, especially in the elderly people. If you get into complications, it means those people have to stay in hospital and have primary care for about two years, and even more. So the system is here and it is available whenever you want it.

The Chairman: A final comment?

Ms Shand: I do not think so. I will thank you all. I do urge you to give consideration to what we are saying. It does represent the contribution of specialists like Dr. Plain, but also it reflects the concerns of our grass-roots members across the country. I hope you will take our recommendations into serious consideration, because we think those are quite important.

We approve of the Act. So all we can do is add our support to the health Act and ask you to look at those other recommendations, which really do not affect the Act too much.

The Chairman: Thank you very much, and your delegation, for coming here tonight. We appreciate your coming and your detailed brief. Thank you again.

Ms Shand: Thank you.

The Chairman: We adjourn until 9.30 tomorrow morning, for the Minister of Health from Newfoundland.

[Traduction]

M. Halliday: J'espère que vous le direz au ministre.

M. Plain: Elle parle souvent des services médicaux nécessaires qui sont couverts par Medicare, et c'est ce dont nous parlons aujourd'hui.

Le président: Merci beaucoup. C'est le Dr Hudecki qui posera la dernière question.

M. Hudecki: J'aimerais simplement répondre à M^{lle} MacDonald. Ce qu'elle a dit est tout à fait exact, il est possible de remplacer chacun de nos membres, et certains de l'épine dorsale, et ce, depuis 10 ans. Pour remplacer une hanche, par exemple, la prothèse coûte entre 1,500\$ et 2,000\$. Cela se fait fréquemment. C'est aujourd'hui une intervention ordinaire en ce qui concerne la technologie de l'orthopédie. Étant donné que cela se fait au Canada depuis 10 ans, c'est une procédure qui fait partie intégrante du traitement orthopédique, lequel est assujéti au bon sens de ceux qui l'utilisent. Je ne pense pas que ce système ait fait l'objet d'abus. Il est très coûteux, certes, surtout pour les personnes âgées. En effet, en cas de complications, certaines personnes doivent rester à l'hôpital et nécessitent des soins primaires pendant deux ans, et même plus. Le système existe donc, et chacun peut l'utiliser quand il en a besoin.

Le président: Vous avez une dernière observation à faire?

Mme Shand: Je ne pense pas. Je veux simplement vous remercier tous. Je vous demande également de tenir compte de ce que nous vous avons dit, car, outre la contribution de spécialistes comme le Dr Plain, cela reflète les préoccupations de nos membres partout au Canada. J'espère que vous prendrez nos recommandations très au sérieux, car pour nous, elles sont très importantes.

Nous appuyons le projet de loi et nous vous demandons donc de tenir compte des autres recommandations que nous faisons, et qui ne modifient pas radicalement le projet de loi.

Le président: Merci beaucoup d'être venus ce soir. Vous nous avez présenté un mémoire très intéressant. Merci encore.

Mme Shand: Merci.

Le président: La séance est levée jusqu'à demain matin, à 9h30, heure à laquelle nous recevrons le ministre de la Santé de Terre-Neuve.

APPENDIX ' 'SNTE-1' '

RECOMMENDATIONS

Because of our views, we make four recommendations in our brief:

1. that only one type of medical service should be insured by the federal government, a service for which no additional out-of-pocket charges are levied by medical practitioners for any reason.
2. that in order to ensure that consumers have access to information pertaining to the provision of medical services in every province and territory of Canada, the new Act guarantee public access to all information provided to the federal government under Section 13(1).
3. that a National Health Council, with a mandate to advise the federal and provincial governments on health care issues be appointed, and that it consist solely of representatives of consumer and other public interest groups.
4. that the passage of the Canada Health Act be given the highest priority and that, as suggested in the draft Act, it come into force no later than April 1, 1984.

APPENDICE «SNTÉ-1»

RECOMMANDATIONS

En raison de nos vues, notre mémoire contient les quatre recommandations suivantes:

1. Que le gouvernement fédéral ne devrait offrir qu'une forme de service de santé pour lequel les omnipraticiens n'exigeraient des patients aucuns suppléments en aucun cas.
2. Que pour garantir aux consommateurs l'accès aux renseignements relatifs à la fourniture de services médicaux dans toute province ou tout territoire du Canada, la nouvelle Loi assure la consultabilité, par le public, de tous les renseignements accessibles au gouvernement fédéral aux termes du paragraphe 13(1).
3. Que l'on désigne un Comité national de la santé, mandaté pour conseiller les gouvernements fédéral et provinciaux en matière de soins sanitaires, et que ledit Comité se compose de représentants des consommateurs et d'autres groupes d'intérêt public.
4. Que l'adoption de la Loi canadienne sur la santé soit en priorité et que, comme le propose l'avant-projet de loi, elle entre en vigueur au plus tard le 1er avril 1984.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Paraplegic Association:

Mr. Michael Ryan, Managing Director;
Mr. Peter Bernauer, Research Librarian.

From the Consumers' Association of Canada:

Ms. Barbara Shand, President;
Mr. Richard Plain, Chairman, Policy Advisor Council;

Mr. Andrew Cohen, Director General;
Mrs. Rose Rubino, Chairman, National Health Policy
Committee.

De la «Canadian Paraplegic Association»:

M. Michael Ryan, Administrateur gérant;
M. Peter Bernauer, Bibliothécaire chargé de recherche.

De la «Consumers' Association of Canada»:

M^{me} Barbara Schand, Président;
M. Richard Plain, Président, Conseil consultatif en matière
de politiques;
M. Andrew Cohen, Directeur général;
M^{me} Rose Rubino, Président, «National Health Policy
Committee».

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 9

Friday, February 17, 1984

Chairman: Mr. David Weatherhead

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 9

Le vendredi 17 février 1984

Président: M. David Weatherhead

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

Health, Welfare and Social Affairs

*Procès-verbaux et témoignages
du Comité permanent de la*

Santé, du bien-être social et des affaires sociales

RESPECTING:

Bill C-3, Canada Health Act

CONCERNANT:

Projet de loi C-3, Loi canadienne sur la santé

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the
Thirty-second Parliament, 1983-84Deuxième session de la
trente-deuxième législature, 1983-1984

STANDING COMMITTEE ON HEALTH,
WELFARE AND SOCIAL AFFAIRS

Chairman: Mr. David Weatherhead

Vice-Chairman: Mr. Gary McCauley

MEMBERS/MEMBRES

Bill Blaikie
Herb Breau
Dave Dingwall
Jake Epp
Bruce Halliday
Thérèse Killens
Flora MacDonald (*Kingston and the Islands*)
Jim Schroder

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL ET DES AFFAIRES
SOCIALES

Président: M. David Weatherhead

Vice-président: M. Gary McCauley

ALTERNATES/SUBSTITUTS

Warren Allmand
Bud Bradley
Coline Campbell (*South West Nova*)
Jennifer Cossitt
Stanley Hudecki
Claude-André Lachance
Jean-Claude Malépart
Gilles Marceau
Margaret Mitchell
Joe Reid (*St. Catharines*)

(Quorum 6)

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

FRIDAY, FEBRUARY 17, 1984
(14)

[Text]

The Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs met at 9:36 o'clock a.m. this day, the Chairman, Mr. Weatherhead, presiding.

Members of the Committee present: Messrs. Breau, Epp, Halliday, Schroder and Weatherhead.

Alternates present: Messrs. Hudecki, Lachance, Marceau and Reid (*St. Catharines*).

Other Members present: Messrs. Baker and Foster.

Witnesses: From the Province of Newfoundland: The Honourable H.W. House, M.H.A., Minister of Health; Mr. Frederick Way, Assistant Deputy Minister, Intergovernmental Affairs; and Mr. Ambrose Hearn, Deputy Minister, Department of Health.

The Committee resumed consideration of Bill C-3, An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof. (*See Minutes of Proceedings and Evidence, Tuesday, January 31, 1984, Issue No. 1.*)

The Minister made a statement and with the other witnesses answered questions.

At 11:22 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

PROCÈS-VERBAL

LE VENDREDI 17 FÉVRIER 1984
(14)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales se réunit, ce jour à 9 h 36, sous la présidence de M. Weatherhead (*président*).

Membres du Comité présents: MM. Breau, Epp, Halliday, Schroder et Weatherhead.

Substituts présents: MM. Hudecki, Lachance, Marceau et Reid (*St. Catharines*).

Autres députés présents: MM. Baker et Foster.

Témoins: De la province de Terre-Neuve: L'honorable H.W. House, ministre de la Santé; M. Frederick Way, sous-ministre adjoint, Affaires intergouvernementales; et M. Ambrose Hearn, sous-ministre, ministère de la Santé.

Le Comité reprend l'examen du projet de loi C-3, Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence. (*Voir Procès-verbaux et témoignages du mardi 31 janvier 1984, fascicule n° 1.*)

Le Ministre fait une déclaration, puis lui-même et les autres témoins répondent aux questions.

A 11 h 22, le Comité suspend les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Maija Adamsons

Clerk of the Committee

EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Friday, February 17, 1984

• 0936

The Chairman: Order, please. We will call this meeting of the Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs to order. We are considering the study of Bill C-3, the Canada Health Act. We are very pleased and honoured to have with us this morning the Honourable Wallace House, the Minister of Health for Newfoundland.

Mr. Minister, you are the second Minister to come before us out of about seven, I guess, altogether, who are coming from around the country. Members of the committee on all sides appreciate your attendance here this morning.

I understand that you have a brief, which you have just handed out, and that you would like to read it, which is fine. We hope we will have some opportunity to do some questioning afterwards. Would you commence, sir?

Hon. Wallace House (Minister of Health, Province of Newfoundland): Thank you, Mr. Chairman, and members of the committee. I do want to read this brief in its entirety. I want just to say at the beginning that I am pleased to be here. I want to thank you and the committee for affording me the opportunity—for inviting us—to appear before this particular committee.

On a positive note, and I may not be saying too much in a positive vein, we have no objection to the concept of consolidating the existing Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act into a new Act. If the government believes that this legislative housekeeping is necessary, we support that aspect.

While many people have different views of what the Act encompasses, in my view, it does three things: it updates and consolidates the existing legislation; provides a mechanism which, by using financial leverage, permits the federal government to have significant involvement in provincial health care programs; and, three, penalizes provinces which permit extra-billing by physicians or which make unauthorized charges for hospital and medical care.

The consolidation aspect of the Canada Health Act embodies the five principles that, of course, are listed . . . and I guess you hear these practically every day.

We have few problems with those principles if they continue to be approached and interpreted in a reasonable manner, as they have been in the past, with the interests of the particular province and its health care needs in mind. However, if, in the interpretation of those principles, future priorities shift from specific provincial care needs to the issue of higher visibility for the federal government and federal direction of provincial health care programs, we have grave concerns. One concern we

TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le vendredi 17 février 1984

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît. Nous reconvoquons le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales. Nous reprenons ce matin l'étude du Bill C-3, Loi canadienne sur la santé. Nous avons le plaisir et l'honneur d'accueillir parmi nous ce matin l'honorable Wallace House, ministre de la Santé de Terre-Neuve.

Monsieur le ministre, vous êtes le deuxième ministre à témoigner devant nous sur environ sept autres, qui viendront de tous les coins du pays. Je tiens à vous faire savoir que les membres de notre Comité apprécient tous votre présence ici ce matin.

Je crois savoir que vous avez en main un mémoire, que vous venez de distribuer et que vous aimeriez nous lire, ce à quoi nous acquiesçons volontiers. Nous espérons avoir la possibilité de vous interroger par après. Voulez-vous commencer?

L'honorable Wallace House (ministre de la Santé, province de Terre-Neuve): Merci, monsieur le président, et membres du Comité. Je vais effectivement lire le mémoire en entier. D'entrée de jeu, j'aimerais vous rappeler comme je suis heureux d'être ici. Je vous remercie, vous et le Comité tout entier, de nous avoir donné l'occasion, à moi et à mes collègues, de nous exprimer devant vous.

D'abord quelques propos positifs, car je ne terminerai peut-être pas de la même façon. Nous n'avons pas d'objections au regroupement de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques avec celle sur les soins médicaux. Si le gouvernement estime qu'une telle législation est nécessaire pour des questions de régie interne, nous l'appuyons à cet égard.

Bon nombre de personnes ont des idées différentes sur le contenu du projet de loi, mais, à mon avis, il comporte les trois choses suivantes: les mises à jour et le regroupement des dispositions actuelles de la loi; la création d'un mécanisme financier permettant au gouvernement fédéral de participer de façon importante aux programmes de santé des provinces; et troisièmement, l'imposition d'amendes aux provinces autorisant la surfacturation par les médecins ou exigeant des frais modérateurs liés à la prestation de soins hospitaliers et médicaux.

L'aspect regroupement de la Loi canadienne sur la santé englobe les cinq principes énumérés, dont vous entendez probablement parler tous les jours.

Ces principes ne font pas problème à nos yeux si on continue à les interpréter d'une manière raisonnable, comme cela a été le cas dans le passé, où on a tenu compte des intérêts et des besoins en services de santé d'une province donnée. Toutefois, si, à l'avenir, l'interprétation de ces principes devait s'écarter des besoins provinciaux pour qu'on souligne davantage la présence du gouvernement fédéral et qu'on suive davantage l'orientation de ce dernier dans l'administration des program-

[Texte]

have with Clause 12 of the Act regarding accessibility is references to "reasonable access", "reasonable compensation for services rendered by medical practitioners" and "payment of adequate amounts to hospitals".

• 0940

These are insertions there that give us concern.

On the question of visibility, I want to make it clear that I am not against the federal government receiving credit or visibility for its contribution to health care. Indeed, I would be willing to give the government all the visibility it desires—in return for some extra resources for our health care system. The other thing I would point out is I would hope that it wants to take the negative visibility too, because I get more negative things thrown at me than I do positive things, in the visibility aspect.

Before we can engage in a discussion of the Canada Health Act, I think it is important for the record briefly to review the funding arrangements that have been in place, and that are in place, for health care programs in Newfoundland. If one divorces the health Act from the issue of funding, then we are not dealing with it in an atmosphere of reality; and I am sure you are going to hear that in days to come. In 1958 the federal government implemented the hospital insurance plan and paid 50% of the costs incurred on a national basis. It was followed by the medical care program, in 1968. Again, the federal contribution amounted to 50% of the total cost on a national basis. However, the contribution to any individual province was greater or less than 50% of provincial costs, depending on the extent to which the province's per capita expenditures exceeded or fell short of national average costs. For instance in 1975-76, the year on which the contributions for hospital insurance and medical care under the established program financing arrangements are based, the federal contribution was equal to 53% of Newfoundland's hospital insurance costs and 75% of our medicare costs. However, nationally, I want to point out that the federal contribution amounted to 50% of total provincial costs.

Due to the nature of the cost-sharing arrangements for hospital insurance and medical care, several problems arose. The federal government desired to constrain its financial commitment under the open-ended arrangements. It also wanted to make the per capita contributions equal across the country, especially for hospital insurance. At the same time the provinces expressed a desire for more streamlined arrangements, greater program flexibility, and a more stable federal financial presence.

The EPF arrangements assured that the federal government would have a continual presence in the health care field, while

[Traduction]

mes de santé provinciaux, cela nous préoccupera grandement. Pour le moment, nous nous préoccupons de l'article 12 du projet de loi, notamment au sujet de l'«accès satisfaisant», la «rémunération raisonnable des services de santé assurés fournis par les médecins» et le «versement de montants convenables aux hôpitaux».

Il s'agit d'expressions qui nous préoccupent.

Pour ce qui est de la présence du fédéral, je tiens à affirmer que je ne m'oppose pas à ce qu'on attribue au gouvernement fédéral un certain mérite, ni même une présence visible, à cause de sa contribution au programme de services de santé. De fait, je suis même disposé à accorder le plus de présence possible à ce gouvernement, en échange du versement de ressources supplémentaires à notre régime de services de santé. J'aimerais également qu'il soit disposé à demeurer présent lorsqu'on soulèvera les aspects plutôt négatifs, car c'est ce qui se passe dans mon cas.

Avant de nous engager dans une discussion sur la Loi canadienne sur la santé, il me paraît important de passer en revue les arrangements déjà convenus en matière de financement, et qui sont toujours en vigueur, dans le domaine des services de santé à Terre-Neuve. Si l'on isole la loi sur la santé de la question du financement, alors, nous manquons de réalisme. Je suis d'ailleurs certain qu'on va vous le dire au cours des prochains jours. En 1958, le gouvernement fédéral mettait en vigueur le régime d'assurance-hospitalisation et assumait 50 p. 100 des coûts à l'échelle nationale. Suivit ensuite le régime de soins médicaux, mis en oeuvre en 1968. Encore une fois, la participation du fédéral s'établissait à 50 p. 100 des coûts à l'échelle nationale. Toutefois, la part assumée par une province donnée était inférieure ou supérieure à 50 p. 100 des coûts provinciaux, selon la mesure dans laquelle les dépenses provinciales par habitant excédaient les coûts de la moyenne nationale ou étaient inférieures à ceux-ci. Par exemple, en 1975-1976, année sur laquelle les participations aux frais de l'assurance-hospitalisation et médicale se fondaient en fonction du financement des programmes établis, la part du fédéral correspondait à 53 p. 100 des coûts liés à l'assurance-hospitalisation et à 75 p. 100 de ceux liés à l'assurance-maladie, dans la province de Terre-Neuve. Toutefois, à l'échelle nationale, les coûts assumés par le fédéral correspondaient à 50 p. 100 du total des coûts provinciaux.

Étant donné la nature des arrangements à frais partagés en matière d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie, plusieurs problèmes se produisirent. Le gouvernement fédéral décida de limiter les sommes qu'il accordait en vertu d'arrangements à participation variable. Il voulait également accorder des contributions par habitant égales partout au pays, tout particulièrement au chapitre de l'assurance-hospitalisation. En même temps, les provinces exprimèrent le désir qu'on en arrive à des arrangements plus simples, à des programmes plus souples et à une présence plus stable de la part des crédits fédéraux.

Des arrangements au titre du financement des programmes établis ont fait en sorte que le gouvernement fédéral soit

[Text]

at the same time it was relieved of the pressures of escalating health care costs. That is a big factor. The provinces meanwhile achieved the flexibility to control their expenditures on the high-cost services, such as hospital insurance, and to redirect funding into preventive and community health care programs. To my knowledge, the federal government has never provided funding for these preventive and community health programs, which have done so much to enhance the true health status of the people.

So going back to 1980, the federal objective has been to curb its contribution to the province for rising health care expenditures. As early as October 1980, the federal government announced its intention to achieve—and they are its words . . . “significant savings” in social transfers to the provinces. There was no doubt that transfers for hospital insurance and medical care programs were the major targeted groups. At that time the stated objective was to reduce its social transfers, two-thirds of which are for health care programs, by \$1.5 billion for a two-year period from 1982 to 1984. The federal government has not only met this objective, but from all accounts has surpassed it by \$400 million; and there is a table attached to this document to show that.

The effect on Newfoundland has been severe. Though the provinces individually and collectively have expressed their concerns about this cutback, the federal government has remained adamant that these savings would be achieved. For example, this has meant a loss of \$40 million over the last two years in Newfoundland.

• 0945

This is a significant loss for us, since it represents for each year approximately 5% of our total health care budget. When we talk about \$40 million or \$20 million per year, that is very significant in a small province. Whichever way it is viewed, a loss of \$40 million means either an increase in taxes to provide the same level of service or a reduction in service, if residents are not able to sustain an even greater burden of financing these programs; or a combination of both. In total over that five-year period, the Newfoundland government will receive \$114 million less than it would have under the old arrangement; and there is a table (B) showing that.

All of this federal retrenchment from the health care financing field comes at a time when the federal government is insisting that it is contributing 50% of the cost of the provincial health care expenditures. I can assure committee members that this is not the case. In 1979-1980 federal contributions amounted to 36% of the province's health care expenditure—

[Translation]

toujours présent dans le domaine des services de santé, tout en le soulageant des pressions nées de la hausse des coûts des services de santé. Cela constitue un facteur très important. Entre-temps, les provinces obtinrent la souplesse nécessaire pour contrôler leurs dépenses liées au service très onéreux, comme l'assurance-hospitalisation, et pour réorienter le financement vers les programmes de soins préventifs et communautaires. À ma connaissance, cependant, le gouvernement fédéral n'a jamais accordé de crédits à ces programmes de soins préventifs et communautaires, alors qu'ils ont tellement contribué à améliorer le niveau de santé de la population.

Pour revenir à 1980, l'objectif du gouvernement fédéral a été de limiter sa contribution aux provinces pour absorber la hausse des coûts liés aux services de santé. Dès le mois d'octobre 1980, le gouvernement fédéral annonça son intention de réaliser des «économies substantielles» au chapitre des paiements de transferts sociaux effectués aux provinces. Il ne fait pas de doute que les paiements de transferts au titre de l'assurance-hospitalisation et des services médicaux étaient les principales cibles de ces mesures. À l'époque, l'objectif avoué était de réduire les paiements de transfert au chapitre des questions sociales, dont les deux tiers étaient affectés aux programmes des services de santé, et ce, à un rythme de 1.5 milliard de dollars échelonnés sur deux ans, de 1982 à 1984. Or, non seulement le gouvernement fédéral a-t-il atteint cet objectif, mais il l'a dépassé de 400 millions. Cela est d'ailleurs illustré sur un tableau annexé au document.

Les conséquences de cela sur la situation à Terre-Neuve ont été graves. En dépit du fait que les provinces aient fait savoir, soit individuellement, soit à titre collectif, quelles étaient leurs inquiétudes au sujet de ces coupures, le gouvernement fédéral maintenait fermement que ces économies seraient réalisées. Cela s'est donc traduit par une perte de 40 millions pour Terre-Neuve au cours des deux dernières années.

Pour nous, c'est une perte importante, puisque chaque année, cela représente environ 5 p. 100 de notre budget total pour la santé. Lorsque nous parlons de 40 millions de dollars ou de 20 millions de dollars par année, pour une petite province, c'est considérable. Quel que soit le point de vue adopté, une perte de 40 millions de dollars oblige la province à augmenter les impôts pour maintenir le même niveau de service, ou bien à réduire les services si les habitants ne sont pas en mesure d'assumer une plus lourde proportion du financement. On peut envisager une combinaison des deux. Au total, sur une période de cinq ans, le gouvernement de Terre-Neuve recevra 114 millions de dollars de moins qu'il n'aurait reçus dans le cadre de l'ancien accord. Tout cela est expliqué au tableau B).

Le gouvernement fédéral choisit de prendre ses distances vis-à-vis du financement de la santé justement au moment où il annonce qu'il assume 50 p. 100 des coûts de santé des provinces. Je peux assurer aux membres de ce Comité que ce n'est pas le cas. En 1979-1980, les contributions fédérales s'élevaient à 36 p. 100 des dépenses de la province dans le domaine de la

[Texte]

and I want to underline that. It is not necessarily medicare; it is health care expenditures. Those expenditures include not only hospital insurance and medical care service but all health care programs that the province provides. As it was the universe of health care programs that the EPF arrangements were designed to accommodate, federal and provincial contributions must be measured in relation to total health care costs. That is why we had this flexibility.

Even if we consider the federal view—that is, if we include the tax transfer which represents provincial taxes imposed by the provinces themselves—the federal share in 1979-1980 was 47% of the total health care cost. The point to note is that under both perspectives—I mentioned 36% above, 47% a year here . . . under both perspectives the federal share is decreasing: from 36%, for instance, in 1979-1980 to 27% in 1983-1984, or alternatively, if we include the transfers, from 47% in 1979-1980 to 36% in 1983-1984. That is including the tax transfer. Again, there is a table to indicate that.

In short, the percentage value of the federal contribution is declining as a result of greater provincial spending, necessitated by rising health care costs—and they do not just rise by inflationary figures; there are other factors—and secondly, as a result of the elimination of the revenue guarantee compensation funding under the EPF arrangements. These transfer reductions are having a significant impact on Newfoundland's health care system. In the spirit of EPF funding arrangements over the past two or three years, Newfoundland has been trying to rationalize its service. In some areas we have closed and changed the role of small hospitals, and this has left people with no doubt good basic medical care but not the availability of hospital services to which they had been accustomed. Additionally, we appointed a royal commission of inquiry to recommend ways of dealing with meeting our health care costs. We received that report two days ago, and I have not had time to get a good analysis of it.

In essence what I am saying, Mr. Chairman and members of the committee, is that we are trying to act and live within the spirit of the arrangements agreed to under EPF, but the unilateral changes by the federal government have injected now in this Act a new degree of uncertainty in the situation and have placed the provinces like Newfoundland which have a small revenue base in a very difficult position. In my opinion one of the most difficult aspects of dealing with the Act is that one is not dealing with a realistic document that addresses a realistic problem. The Act is based on the fundamental premise that universal health care insurance, commonly known as medicare, is being threatened by the existence of user fees and extra-billing by physicians. We and most provinces—I said "all" there in the document; "most" I think is a better word—disagree with the fundamental premise on which the Act is based. In my view, should accessibility be threatened by user fees and extra-billing, the provinces will take appropriate action. There is no evidence in place to indicate to anybody

[Traduction]

santé: je tiens à insister sur ce point. Il ne s'agit pas forcément de l'assurance-santé, il s'agit des dépenses dans le domaine de la santé. Ces dépenses comprennent non seulement l'assurance-hospitalisation et l'assurance-médicale, mais tous les programmes de soins de santé qui sont assurés par la province. Comme les accords sur les programmes établis avaient été conçus pour regrouper tout l'univers des programmes de santé, les contributions fédérales et provinciales doivent être pesées, compte tenu de l'ensemble des coûts de la santé. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu cette flexibilité.

Même si nous nous plaçons du point de vue fédéral—c'est-à-dire si nous tenons compte des transferts d'impôt qui représentent les impôts provinciaux imposés par les provinces elles-mêmes—la part fédérale, en 1979-1980, était de 47 p. 100 de l'ensemble des coûts de la santé. Ce qu'il faut noter, c'est que dans les deux cas—j'ai parlé de 36 p. 100 tout à l'heure, 47 p. 100 par année ici—dans les deux cas, la proportion assumée par le fédéral diminue: par exemple, de 36 p. 100 en 1979-1980 à 27 p. 100 en 1983-1984. Ou bien encore, si nous tenons compte des transferts, de 47 p. 100 en 1979-1980 à 36 p. 100 en 1983-1984. Ça, c'est en tenant compte des transferts fiscaux. Là encore, vous avez un tableau qui explique la situation.

Bref, le pourcentage de la contribution fédérale baisse et les dépenses provinciales augmentent à cause de l'augmentation des coûts des soins de santé—et il ne s'agit pas seulement d'un phénomène de l'inflation, il y a d'autres facteurs—et deuxièmement, les coûts augmentent à cause de la suppression de la garantie de revenu qui faisait partie des programmes établis. Ces réductions de transfert ont des effets très graves sur le système de santé de Terre-Neuve. Pour respecter l'esprit des programmes établis, Terre-Neuve a essayé, depuis deux ou trois ans, de rationaliser ses services. Dans certaines régions, nous avons fermé de petits hôpitaux ou changé leur vocation; la population a toujours un bon service médical de base à sa disposition, mais elle n'a plus les services hospitaliers auxquels elle était habituée. De plus, nous avons formé une commission royale d'enquête pour étudier les moyens de financer les soins de santé. Nous venons de recevoir son rapport, il y a deux jours, et je n'ai pas encore eu le temps de bien l'analyser.

Monsieur le président, membres du Comité, nous essayons d'agir, tout en respectant l'esprit des programmes établis, mais les modifications unilatérales effectuées par le gouvernement fédéral ont fait naître une telle incertitude autour de cette loi que les petites provinces qui ont de faibles revenus, comme Terre-Neuve, se trouvent dans une position très difficile. À mon sens, un des aspects les plus difficiles de la loi, c'est qu'il ne s'agit pas d'un document réaliste qui fait face à des problèmes réalistes. La loi est fondée sur ce principe fondamental que l'assurance-médicale universelle est menacée par la surfacturation et la facturation directe dans les hôpitaux. Tout comme la plupart des provinces—dans ce document, j'ai parlé de «toutes» les provinces, mais je ferais mieux de dire la plupart—nous ne sommes pas d'accord avec le principe qui sert de fondement à cette loi. À mon avis, s'il s'avérait que la surfacturation menace l'accès des particuliers aux soins de santé, les provinces prendraient les mesures qui s'imposent. Jusqu'à présent, rien ne prouve que les provinces concernées ne

[Text]

that the provinces concerned are not prepared to take such action on their own if there is evidence that accessibility is being threatened by these charges.

• 0950

Basically, we believe that the Canada Health Act addresses a false crisis. Secondly, it is a vote of non-confidence in the provinces to deal with problems that might flow at some future date from these various revenue generating charges that are, or may be, in place. As a provincial Minister, who has to get elected also and who has to appeal to a public, I object to the introduction of a law by the federal government that seeks to correct or address an issue that is virtually non-existent in our province, on the one hand, and yet, on the other hand, completely ignores and fails to address the real issues and the real problems that face the province in terms of its ability to discharge its responsibility in health care.

If there were some recognition, or some minor consideration or appreciation, of the real problems that exist in Newfoundland and in other provinces with respect to universal health care, then I could perhaps find it possible to be able to discuss, in a serious manner, the problem this legislation is heralded at correcting.

The real problem in Newfoundland is not the erosion of medicare by user fees and extra-billing. Our problem relates significantly to funding and to the province's ability to find the financial resources to fund a broad range of health care programs, some of which have been largely encouraged and developed under a co-operative partnership with the federal government since 1958.

I would suggest, with respect, that the lack of resources to maintain and expand services poses a far greater and more real threat to our universal health care programs than the threat posed by user fees or extra-billing. Indeed, in Newfoundland we do not have extra-billing as such. We allow opting out, and nobody is doing that. We do have a modest user fee in respect of in-patient acute care hospital treatment, but that never has, in my five-year tenure as Minister of Health, resulted in any complaint to me that access has been interfered with or restricted. People, for instance, in receipt of social assistance benefits and people over 65 years of age are exempt from even that modest user fee.

Contrary to what people may believe, we get about \$1 million from that particular aspect of the user fee. This is a small amount. But, as a small province with unique problems, including those of geography, we have a number of programs that depend on relatively small budgets. For example, this year we will spend approximately \$1.5 million on our air ambulance program, which helps improve accessibility to emergency health care, even though this service was never covered under the hospital insurance and medicare programs. So the little bit of money—again, I know I am talking to a committee that is used to talking about a lot more money than a \$1 million—is significant, in our case.

[Translation]

sont pas prêts à prendre ces mesures si ce type de facturation s'avère un danger.

Fondamentalement, nous sommes convaincus que la Loi canadienne sur la santé cherche à régler une fausse crise. Deuxièmement, cela constitue un vote de non-confiance à l'égard des provinces, puisqu'on cherche à régler d'avance des problèmes qui pourraient se poser, éventuellement, à une date ultérieure. Moi qui suis un ministre provincial, moi qui dois me faire élire et qui, en même temps, dois défendre mes actes devant le public, je m'insurge contre une loi fédérale qui cherche à redresser un problème virtuellement inexistant dans notre province et qui, en même temps, ignore complètement les problèmes véritables, et ne fait rien pour régler les vrais difficultés de la province dans le secteur de la santé.

Si l'on avait cherché à comprendre, à appréhender les véritables problèmes posés par le système de santé universel à Terre-Neuve et dans d'autres provinces, je serais mieux porté à discuter sérieusement du problème que cette législation est censée redresser.

À Terre-Neuve, le véritable problème, ce n'est pas l'érosion de l'assurance médicale par la surfacturation. Notre problème est un problème de financement; la province a du mal à trouver les ressources financières nécessaires pour poursuivre toute une série de programmes de santé, dont certains ont été encouragés par le gouvernement fédéral depuis 1958, et dans certains cas, assurés en coopération.

À mon sens, le manque de ressources nécessaires pour maintenir et étendre les services pose un bien plus grand problème que la surfacturation. D'ailleurs, à Terre-Neuve il n'y a pas de surfacturation en soi. Nous autorisons la désaffiliation, mais personne n'en profite. Nous avons de très modestes frais modérateurs pour les patients hospitalisés qui ont besoin de soins actifs; cela dit, depuis cinq ans que je suis ministre de la Santé, je n'ai jamais entendu personne se plaindre de n'avoir pas eu accès à des soins de santé. Par exemple, les assistés sociaux et les gens de plus de 65 ans sont dispensés de ces frais très modestes.

Contrairement à ce que les gens pensent, ces frais modérateurs s'élèvent à environ 1 million de dollars par année. C'est très peu. Mais nous sommes une petite province, avec des problèmes uniques, y compris les problèmes géographiques, et nous avons un certain nombre de programmes qui fonctionnent avec de très petits budgets. Par exemple, cette année, nous consacrerons environ 1.5 million de dollars à notre programme d'ambulances aériennes qui permet un accès plus rapide aux services d'urgence, qui permet d'améliorer la qualité de ces services; pourtant, ce service n'a jamais été couvert par l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale. Par conséquent, cette petite somme—et je sais que vous êtes tous habitués à parler de sommes bien plus importantes que 1 million de dollars—est pour nous très importante.

[Texte]

Another point, I believe, is that this Act—I have a little different attack here—should more appropriately be called the “Canada Hospital and Medical Care Act”. It is an Act that essentially deals with hospitals and medical care. Those of us involved in the health care system are deeply aware that, if we are to make any progress in improving the health status of people, we are going to have to make some significant contributions to aspects of health programming other than the traditional illness-oriented system, which continues to consume most of our resources. In the sense that the Canada Health Act does nothing to acknowledge or deal with this important area of health care, it fails significantly to be truly an Act that deals with the health of Canadians in a positive manner. I believe somebody said that health is not the absence of sickness—I believe it was the World Health Organization. I just point out that this is not addressing health; it is addressing illness more than health and perhaps the title might be misleading.

• 0955

Philosophically, I join my counterparts in other provinces and express my disagreement with the intrusion of the federal government into an area which has heretofore been one of provincial jurisdiction. This Act, by means of regulation, financial sanctions and penalties, will have a significant influence over the manner in which provincial governments fulfil their responsibilities to develop, finance and deliver health care programs to their people. If you were to ask how this will happen in Newfoundland, I will tell you that we are one of the highest taxed, if not the highest taxed, provinces in Canada. When the federal government prevents us from raising a modest amount of revenue through a user fees, they are, in effect, telling us that we shall have to raise our already record-high taxes or reduce our already underdeveloped programs. I assure you that neither option is acceptable to me and my government which is struggling to provide services to people under some very trying circumstances. The effect of the Canada Health Act, as it is at present constructed, will mean, I believe, a second class health care system for provinces such as Newfoundland which still do not have a broad range of services enjoyed by more affluent provinces. For example, we do not have a universal pharmacare; we do not have a universal dental program, nor do we have well-developed community based services.

The Hall Commission report which was commissioned by the federal government some years ago, reached as one of its conclusions, that a number of provinces, particularly the four Atlantic Provinces, cannot hope to extend their services into other health areas such as drug programs and dental programs without increased federal cost-sharing for these services, and that was recommended.

Mr. Justice Hall and others have recognized that the have-not provinces are devoting all they can reasonably be expected to devote of their gross domestic product to health care. Indeed, the Hall report indicated that Newfoundland was spending far more, in percentage terms, of its GDP on health

[Traduction]

Autre chose, et ici, je vais attaquer sur un autre front, à mon avis, cette loi devrait s'appeler la «Loi canadienne sur les hôpitaux et les soins médicaux.» En fait, c'est une loi qui porte exclusivement sur les soins hospitaliers médicaux. Ceux d'entre nous qui travaillent dans ce secteur savent pertinemment que si nous voulons améliorer la santé des gens, nous allons devoir repenser l'organisation de la santé, nous écarter du système traditionnel basé sur la maladie qui continue à englober la majeure partie de nos ressources. Puisque la Loi canadienne sur la santé ne fait rien pour régler ces importants problèmes, on ne peut vraiment pas dire que cette loi cherche à régler les problèmes de santé des Canadiens d'une façon positive. Quelqu'un a dit que la santé, ce n'était pas l'absence de maladie—je crois que c'était à l'Organisation mondiale de la santé. Je veux seulement signaler que cette loi ne s'occupe pas de la santé; elle s'occupe de la maladie beaucoup plus que de la santé, et c'est pourquoi le titre est assez trompeur.

Je m'associe donc à mes homologues des autres provinces pour manifester mon opposition à cette intrusion du gouvernement fédéral dans un secteur qui, jusqu'à présent, était de juridiction provinciale. Cette loi, par voie de réglementation, grâce à des sanctions financières et à des pénalités, aura des effets significatifs sur la façon dont les gouvernements provinciaux remplissent leurs responsabilités envers leur population dans le domaine de la santé. Si vous me demandez comment cela se manifestera à Terre-Neuve, je peux vous répondre que nous sommes peut-être la province la plus imposée au Canada. Lorsque le gouvernement fédéral nous empêche de percevoir de très modestes revenus grâce à des frais modérateurs, il nous oblige en réalité à relever nos impôts, qui battent déjà des records, ou alors, à réduire nos programmes, qui ne sont déjà pas suffisants. Je peux vous assurer qu'aucune de ces deux solutions ne me semble acceptable, pas plus qu'elles ne semblent acceptables à mon gouvernement, qui lutte pour assurer des services dans des circonstances très difficiles. Pour Terre-Neuve, la Loi canadienne sur la santé, sous sa forme actuelle, se traduira par un système de soins de santé de deuxième place, car nous n'avons pas toute la gamme des services qui existent dans les provinces plus aisées. Par exemple, nous n'avons pas l'assurance-médicament universelle; nous n'avons pas un programme dentaire universel, pas plus qu'un réseau de centres communautaires bien établi.

Le rapport de la Commission Hall, commandé par le gouvernement il y a quelques années, avait conclu, entre autres choses, que plusieurs provinces, et en particulier les quatre provinces de l'Atlantique, ne pouvaient pas espérer étendre leurs services dans d'autres secteurs, les médicaments et les soins dentaires, par exemple, sans une participation accrue du gouvernement fédéral pour ces services; c'est ce qu'on recommandait.

Le juge Hall, entre autres, a reconnu que les provinces pauvres consacrent un maximum de leur produit national brut aux services de santé. D'ailleurs, le rapport Hall ajoutait que Terre-Neuve consacrait à la santé un bien plus gros pourcentage de ses revenus que certaines provinces plus riches. D'après

[Text]

care compared with some of the more affluent provinces. The statistic is that something over 12% or 13% in Newfoundland. The average for Canada is 7.7%. As we are 15% underfunded according to that report, it just shows the status and the problem we have to wrestle with.

While in Section 4 of the proposed Canada Health Act, the federal government would recognize the primary responsibility of the provinces for the provision of health care services, other sections of the act, notably Section 15, would see a reduction in federal contributions to the provinces if any province, for example, continued to administer an unauthorized charge. What we see here is a government that has no direct responsibility or accountability to the people of Canada for the development, implementation and the overall financing of health care services wanting to enshrine in law the right to tell provinces basically how they can and should and must fulfill what is essentially their constitutional mandate in terms of the provision of health care services to their residents.

The proposed act seems to ignore the issue of all Canadians' having access to a comprehensive range of health care services. It seems to be more concerned about providing free services to people than it is with the scope or level of services provided. While this could be termed a basic flaw in the act, I think it is a purposeful omission. I am sure the federal government realizes that to allude to equality would admit the need for funding to help the provinces that do not have the financial capability to meet those needs.

Let me assure your committee that I share the concern of the federal government about the burden of the increasing cost of health care. However, as a provincial minister I cannot turn my back on the pressing needs in the province. I find it increasingly difficult and frustrating in the face of these needs to accept that user fees and extra billing are threatening our health programs. I also find it very frustrating to deal with the attitude that somehow provincial politicians are less concerned and committed to universal health insurance than, say, federal politicians. We all are accountable to our people and we all share their basic concerns and aspirations. Let there be no doubt, Mr. Chairman, that the buck stops at the door of the provincial ministers of health in terms of responsibility to deal with the day to day issues, the concerns, the strikes, the negotiations and all this sort of thing. And despite the contributions from federal sources, which I acknowledge freely, that level of government has no direct responsibility to the people of Canada with respect to health care programs.

• 1000

The new Act also fails to recognize what I suppose was intended when the EPF came about—the flexibility aspect—to recognize the unique character and diversity of Canada and its various regions. It seeks to make us all the same by applying a national solution to our health care systems which have developed around and in response to our own unique needs and circumstances as much as they have been molded by the availability of resources. Through skill and will, I have said, we have devised what we think our people need and what they

[Translation]

les statistiques, Terre-Neuve consacre plus de 12 ou de 13 p. 100 à cette enveloppe. La moyenne, pour le Canada, est de 7,7 p. 100. Comme, d'autre part, d'après ce rapport, nous sommes sous-financés de 15 p. 100, vous pouvez voir l'importance du problème auquel nous nous heurtons.

Aux termes de l'article 4 du projet de loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral reconnaîtrait que la responsabilité des soins de santé appartient avant tout aux provinces, mais par contre, il y a d'autres articles de la loi, en particulier l'article 15, qui prévoient de réduire les contributions fédérales aux provinces si une province quelconque continuait à imposer des frais non autorisés. Voilà donc un gouvernement qui n'a aucune responsabilité directe envers la population du Canada, qui n'est responsable ni de l'organisation ni du financement général des services de santé et qui, pourtant, s'arroge le droit de dicter aux provinces comment elles doivent s'acquitter de leur mandat constitutionnel envers leurs résidents.

Le projet de loi semble ignorer que l'importance est d'assurer à tous les Canadiens le libre accès à une vaste gamme de services de santé. Ce bill cherche beaucoup plus à assurer des services gratuits qu'à améliorer la portée ou le niveau de ces services. On peut y voir une lacune de la loi; à mon avis, c'est une omission délibérée. Je suis certain que le gouvernement fédéral se rend compte que s'il parlait d'égalité, il serait forcé d'aider les provinces qui n'ont pas les ressources financières nécessaires pour y parvenir.

Je peux vous assurer que je partage l'inquiétude du gouvernement fédéral au sujet de l'augmentation des coûts de la santé. Toutefois, en ma qualité de ministre provincial, je ne peux pas ignorer les besoins urgents de la province. Compte tenu de ces besoins, j'ai de plus en plus de mal à reconnaître que la surfacturation et les frais modérateurs menacent nos programmes de santé. Il y a une attitude qui me frustre beaucoup, celle qui veut que les hommes politiques provinciaux s'inquiètent moins de l'assurance-santé universelle que les hommes politiques fédéraux. Nous sommes tous responsables devant notre population et nous partageons tous ses préoccupations et ses aspirations fondamentales. Aucun doute ne peut subsister, monsieur le président: ce sont les ministres de la Santé des provinces qui sont responsables des affaires courantes, des problèmes, des grèves, des négociations et de tout ce qu'il peut y avoir d'autre. Et malgré sa contribution, que je ne saurais ignorer, le gouvernement fédéral n'a aucune responsabilité directe en matière de programmes de santé envers le peuple canadien.

La nouvelle loi ne tient pas non plus compte de ce qui était probablement la raison d'être du F.P.E., à savoir l'adaptabilité, et ignore le caractère unique et la diversité du Canada et de ses régions. Elle essaye de nous imposer à tous l'uniformité, en adoptant une solution nationale aux systèmes de soins médicaux qui ont été mis sur pied, compte tenu, certes, des ressources dont nous disposons, mais également des besoins et des circonstances qui nous étaient bien propres. À force de volonté et d'ingéniosité, ai-je dit, nous avons donné aux gens ce

[Texte]

have told us they need, and I would submit that that is . . . It is not a good objective to try to get a common program across Canada.

In conclusion, Mr. Chairman, if there is any erosion, then, of the universal health insurance, it is not the result of extra billing or user fees, but I believe that the inability—perhaps more the inability of the provinces—in the face of the climbing federal financial commitment, and reduced provincial revenues—and that is very pertinent to me and our province—to meet the ever growing needs and expectations of our people for health care services.

I have listed here a few recommendations. I would like to make the following recommendations with respect to the Bill. The title—we know what it is—it is “An Act relating to cash contributions by Canada in respect of insured health services provided under provincial health care insurance plans and amounts payable by Canada in respect of extended health care services and to amend and repeal certain Acts in consequence thereof”. In light of this title, I would like to see Clause 1 changed to read that it is the “Canada Hospital Insurance and Medicare Act”, because the current short title of “Canada Health Act” is misleading. And that this Act be no more than a consolidation of existing legislation relating to hospital insurance and medical care insurance, and that it not enhance the powers of the federal government to intervene in provincial health care programs and interfere with responsibilities of provincial health ministers with respect to the design, delivery and funding of provincial health care programs.

Then, that Clause 18, extra billing, and Clause 19, user charges, of the Act be deleted. They were never in the other Act and I do not think they are necessary in this one.

That the paragraph entitled “Canadian Health Care Policy” be eliminated from the Act, because it is misleading and is not in accord with the basic purpose as described in the title of the Bill. If you read that, it has no relationship to this particular Act.

That Clause 4, entitled the “Purpose” of the Act be restated entirely, because it is misleading and incorrect. The true purpose of this Act is to provide a means whereby the federal government is able to apply financial sanctions to Provinces who do not comply with its views regarding user charges and extra billings and other conditions that may be laid down.

That Clause 12 of the Bill dealing with accessibility be reworded to clearly define what is meant by reasonable access. I am given to understand that . . . I was told by the minister that this may be in regulations; I cannot find it there. “Reasonable access” . . . what does that mean? “Reasonable compensation” in Clause 12, and by “adequate amounts” to operate hospitals . . . Right now, we determine how much a hospital gets. Is there going to be some kind of outside force to force us to give hospitals certain amounts of money?

[Traduction]

qu'ils voulaient que nous leur donnions, ce qui répondait à leurs besoins, et je pense que c'est là . . . Il ne me paraît pas judicieux d'essayer d'imposer un programme commun à tout le Canada.

En conclusion, monsieur le président, si l'on assiste à un effritement du système d'assurance-santé, cela n'est pas dû à la surfacturation ou aux frais modérateurs, mais à l'incapacité—peut-être davantage des provinces—devant l'accroissement de la participation fédérale, et la diminution des recettes provinciales—et cela me paraît particulièrement pertinent dans le cas de notre province—de faire face aux besoins sans cesse croissants en soins médicaux, et à ce que les gens en attendent.

J'ai mentionné ici quelques recommandations, et j'aimerais formuler les suivantes en ce qui concerne la loi. Son énoncé, nous le connaissons: «Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada aux services de santé assurés pris en charge par les régimes provinciaux d'assurance-santé et les montants payables par le Canada pour les programmes de services complémentaires de santé, et modifiant certaines lois en conséquence». Compte tenu de cet énoncé, je voudrais que l'article 1 soit modifié et qu'on remplace le titre abrégé actuel, «Loi canadienne sur la santé», qui prête à confusion, par «Loi sur l'assurance-hospitalisation et sur le régime d'assurance-santé». Je voudrais que cette loi ne soit qu'une consolidation des lois existantes relatives à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance pour les soins médicaux, et qu'elle n'élargisse pas les pouvoirs d'intervention du gouvernement fédéral sur les régimes provinciaux d'assurance-santé, et que le gouvernement fédéral ne puisse s'immiscer dans les questions qui relèvent des ministres de la Santé des provinces pour tout ce qui concerne la forme, le contenu et le financement des régimes provinciaux d'assurance-santé.

Je demande également la suppression des articles 18 et 19, surfacturation et frais modérateurs, qui ne figuraient pas dans l'autre loi et qui ne me paraissent pas nécessaires dans celle-ci.

Je demande que le paragraphe intitulé: «Politique canadienne de la santé» soit supprimé, parce qu'il prête à confusion et ne correspond pas à l'objectif essentiel de la loi, tel qu'il figure dans l'énoncé. Lisez-le, et vous verrez qu'il est sans relation avec l'objectif de cette loi.

Je demande également que l'article 4, intitulé: «Raison d'être», soit complètement remanié, parce qu'il est inexact et induit en erreur. La vraie raison d'être de cette loi, c'est de donner au gouvernement fédéral le moyen d'imposer des sanctions financières aux provinces qui ne se plient pas à ce que le gouvernement entend imposer en ce qui concerne les frais modérateurs et la surfacturation, ainsi que d'autres conditions qui pourraient être stipulées.

Je demande également que l'article 12 de la loi traitant de l'accessibilité soit rédigé différemment, de façon à préciser sans ambiguïté ce que l'on entend par «accès satisfaisant». On m'a fait savoir que . . . Le ministre m'a dit que cela figurait au Règlement, mais je n'ai pu l'y trouver. «Accès satisfaisant» . . . Qu'est-ce que cela peut bien vouloir dire? «Rémunération raisonnable», à l'article 12, et «montants convenables» pour la gestion des hôpitaux . . . À l'heure actuelle, nous décidons des sommes à affecter aux hôpitaux. Allons-nous avoir une

[Text]

That Clause 13 be reworded so that the information required by the Minister is clearly stated in the Act and not subject to the whim of some federal official who may be in a position to influence the incorporation of onerous information requirements into regulations. Sometimes that can be costly.

• 1005

That the powers of the federal minister be no greater in the proposed Act than under the current legislation.

These are some of the recommendations. We have not put in a recommendation for increased funding, but I wanted to say that in the first part of the Bill that is one of the greatest problems facing us in our province—funding, and the decreasing ratio of federal to provincial funding.

Thank you, Mr. Chairman and members of the committee, for giving me the opportunity to say this and read this into the record. Back here we have tables to back up some of the things I have been saying. As I said, I would like to have discussion on this, and I have other people here to help me with this.

The Chairman: Mr. Minister, thank you very much for your presentation. Before starting with questioning, perhaps you would be good enough to introduce to us the people you have with you.

Mr. House: Mr. Ambrose Hearn is the Deputy Minister of Health for the province. Mr. Gerald White is the Director of Health Policy, and Mr. Fred Way is the Assistant Deputy Minister of Intergovernmental Affairs in the Province of Newfoundland.

The Chairman: Thank you very much. I will ask Mr. Epp to start the questioning.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman. I would like to welcome the Minister and his delegation to the committee.

Mr. Minister, I have known you and your reputation for some time. You are a blunt man. You are forthright. Your brief does not in any way change that reputation. Recently when the provincial ministers were meeting in Toronto, you instead were meeting with the Minister in the good Province of Newfoundland. With all your skills in negotiation and directness, why did you not have a better success rate then with discussing the funding matter with the Minister of National Health and Welfare?

Mr. House: I discussed the same thing as I am bringing out here, and pointed out the problem we have. I think the reason why we did not—I think the Minister—and I say this in all due respect . . . I believe her heart is in the right place, but she will not discuss with me . . .

[Translation]

autorité extérieure pour nous forcer à donner certaines sommes aux hôpitaux?

Je requiers la révision de l'article 13, afin que les renseignements à communiquer au ministre soient clairement énoncés dans la loi, et ne soient pas à la merci du caprice d'un fonctionnaire du gouvernement fédéral qui serait en mesure d'exiger que l'on fasse figurer au Règlement des renseignements qui n'y ont pas leur place. Cela revient parfois bien cher.

Je demande que le ministre fédéral ne dispose pas de plus de pouvoir dans le projet de loi qu'il n'en a à l'heure actuelle.

Voilà donc certaines des recommandations. Nous n'y avons pas fait figurer de recommandation visant le relèvement du financement, mais je voulais faire remarquer à propos de la première partie du projet de loi que c'est là l'un des plus graves problèmes auquel notre province est confrontée, à savoir le financement, et la diminution de la participation du gouvernement fédéral au financement provincial.

Je vous remercie, monsieur le président, et membres du Comité, de m'avoir permis de donner lecture de ces recommandations et de les faire figurer au compte rendu. Nous avons apporté des tableaux à l'appui de ce que nous avançons, et j'aimerais, comme je l'ai déjà dit, que nous puissions en discuter, et j'ai amené mes collaborateurs à cet effet.

Le président: Nous vous remercions, monsieur le ministre, de ce que vous nous avez communiqué. Avant de commencer à vous poser des questions, nous vous demanderons, si vous le voulez bien, de nous présenter ceux qui vous accompagnent.

M. House: M. Ambrose Hearn est sous-ministre provincial de la Santé. M. Gerald White est directeur des politiques en matière de santé, et M. Fred Way est sous-ministre adjoint des Affaires intergouvernementales de la province de Terre-Neuve.

Le président: Je vous remercie beaucoup. Je vais donner d'abord la parole à M. Epp.

M. Epp: Je vous remercie, monsieur le président. Je veux tout d'abord souhaiter la bienvenue au ministre et à sa délégation.

Monsieur le ministre, je vous connais de longue date, et votre réputation de franchise n'est plus à faire: vous êtes connu pour dire ce que vous pensez sans y aller par quatre chemins. Vous l'avez une fois de plus prouvé. Lorsque les ministres provinciaux se sont tout récemment rencontrés à Toronto, vous avez choisi, au lieu d'y aller, de rencontrer le ministre dans la bonne province de Terre-Neuve. Comment se fait-il que, avec tous vos talents de négociateur et la franchise de vos propos, vous n'ayez pas eu plus de succès lorsque vous avez discuté des questions de financement avec le ministre de la Santé nationale et du Bien-être?

M. House: J'ai discuté des questions mêmes que je viens de soulever, et j'ai mis en avant les difficultés que nous connaissons. Je pense que la raison pour laquelle nous n'avons pas, j'entends par là le ministre, sans vouloir lui manquer de

[Texte]

Mr. Epp: You are not talking physically now.

Mr. House: She will not discuss with the province—that is a financial matter that she thinks should be dealt with by the Ministers of Finance in the province and in Ottawa. She says money is not her problem. My argument with that is that we cannot get along very well, because I cannot discuss health care without discussing the dollars that go with it. So I guess a communication gap takes place. I cannot discuss with any credibility a particular problem that we have with health care without discussing the dollars and cents.

I think Madam Bégin is concerned about having accessibility, and I cannot convince her that there is no lack of accessibility in the province. We have complete accessibility—to the programs that we have. We may not have the best programs. We may be lacking in some programs. But that is not being addressed in the proposed Canada Health Act.

Mr. Epp: At the meeting in Halifax in September—you were there as well.

Mr. House: Yes.

Mr. Epp: Did the provincial Ministers at that time attempt to discuss the funding question along with the agenda that the national Minister had?

Mr. House: Of course this was the kind of argument that we kept—coming right back to your first question—the fact that we cannot get any discussion on funding, because according to the Minister it is not germane to this particular Bill. That is a topic that should be, as she said, discussed with the Ministers of Finance. We made the suggestion then, of course, that if we could not get it discussed there, we would discuss it at a joint meeting with the Finance Ministers and the Finance Minister in Ottawa and the Minister of Health. But that has not materialized.

I am certain, though, of course, that the whole thing has been discussed in the EPF arrangements with the Ministers of Finance. But we have never got together on it. I do not know if there is a deliberate attempt to keep us apart on that or not.

• 1010

Mr. Epp: I share your view that you cannot discuss this program, or for that matter, any shared-cost program without discussing financing. One of my criticisms of the federal Minister has been: How can we discuss health without also analysing the funding level for the programs that are to be provided?

Mr. Breau, as the chairman of a committee that travelled across the country on EPF and made certain recommendations, and others have made the argument that the federal

[Traduction]

respect, car je pense qu'elle a le coeur bien placé, mais elle refuse de discuter avec moi . . .

M. Epp: Vous ne voulez pas dire par là qu'elle refuse de vous parler personnellement.

M. House: Elle refuse de discuter avec la province, considérant qu'il s'agit d'une question financière dont il convient de discuter avec les ministres des Finances de la province et d'Ottawa. Elle dit que les questions financières ne relèvent pas d'elle, ce à quoi je réponds que nous ne sommes alors guère faits pour nous entendre, car moi, je ne puis discuter du régime d'assurance-santé sans aborder la question pécuniaire, qui est son corollaire. Nous ne sommes donc pas sur la même longueur d'onde. Je ne vois absolument pas l'intérêt de discuter des difficultés que nous cause le régime d'assurance-santé s'il faut laisser de côté la question financière.

M^{me} Bégin, je pense, se préoccupe surtout de l'accès aux soins médicaux, et j'ai beau faire, je ne parviens pas à la convaincre que ce n'est pas là le problème dans la province. Il y a accessibilité totale aux programmes, aux régimes que nous avons, même si ceux-ci laissent à désirer, ou ne sont pas en nombre suffisant. Mais ce n'est pas là l'objet du projet de loi en question.

M. Epp: Vous avez bien assisté à la réunion qui a eu lieu à Halifax, en septembre.

M. House: Oui.

M. Epp: Les ministres provinciaux ont-ils essayé, à l'époque, de faire mettre à l'ordre du jour du ministre fédéral la question du financement?

M. House: C'était, bien entendu, la question à laquelle nous revenions—pour répondre à votre première question—à savoir que nous ne pouvions obtenir de discuter du financement, parce que, d'après le ministre, cette question ne relève pas du présent projet de loi. C'est un sujet dont il convient, d'après elle, de discuter avec les ministres des Finances. Nous avons alors, bien entendu, proposé que si nous ne pouvions en discuter avec elle, nous en discuterions lors d'une réunion conjointe avec les ministres des Finances, le ministre des Finances du gouvernement fédéral et le ministre de la Santé, mais cette réunion n'a pas eu lieu.

Je suis certain, toutefois, que toute la question a été discutée lors des négociations du F.P.E. avec les ministres des Finances, mais nous n'y avons jamais participé. Est-ce de propos délibéré qu'on nous tient ainsi à l'écart? Je n'en sais rien.

M. Epp: Je conviens avec vous que l'on ne peut discuter de ce programme ou, à vrai dire, de tout programme à frais partagés, sans discuter concurrentement de son financement. C'est l'une des critiques que j'adresse au ministre du gouvernement fédéral: comment est-il possible de discuter des régimes de santé sans analyser le niveau de financement des programmes à mettre en place?

M. Breau, qui a présidé un comité chargé de parcourir le pays pour enquêter sur le F.P.E. et de formuler certaines recommandations, et d'autres, comme lui, ont essayé de

[Text]

government's share of funding has not dropped, especially since the 1977 and 1982 negotiations of the two five-year plans. Yet in your brief on pages 4 and 5, you make a point that, from your interpretation, at least for your province, federal proportions of your costs have in fact been decreasing.

What argument have you used, then, with the Minister? I am sure you have discussed that with her, or have attempted to. Is it simply dismissed? Is it simply ignored? Is it simply degraded? What is the reaction?

Mr. House: Of course, we could never agree on the very point you are talking about. We know on the federal government's input in late years, since 1980 or whenever this came into being—I believe it was 1980—our EPF arrangements have been tied into growth in the economy rather than into the costs of health care. Health care costs have risen in our province by 75% since 1977, I think—our share, what we felt we have had to put in, has gone up by 75%... whereas we feel the federal government's share has gone up by 36% in that period.

Now, when we take the revenue guarantees, the cash transfers and so on, whatever way you interpret it, the ratio is changing, and it has to change if the federal government's input is tied to growth in the gross product. But health care costs do not grow according to that. Health care costs grow, I would say, for four reasons. One is normal inflation. Another one is that an aging population is, of course, occupying more time in our acute-care hospitals; also the extended care, but acute-care hospitals particularly. The other two factors or variables that are never considered in this are, first, the fact that your medical technology is changing rapidly and because, of course, medicine and health care is a motherhood statement—I think that has a big impact on the costs in this particular field—and second, we also fail to recognize the fact that there is a significant change in medical patterns.

I use an example of 10 years ago, I suppose, and perhaps I am out of line here; perhaps it is 15 or 5 or 7, I do not know. You would have had no such thing as by-pass surgery. I use that as an example. That is running us a lot of money per week now. That never existed years ago; that is an extra cost which has nothing to do with growth in the economy.

So all these factors have tended to escalate high health costs, and of course, all we are getting is normal growth income. I would say also, in times when the economy is not growing, that is perhaps when we have a lot more sickness.

Mr. Epp: Also, the charge has been made here that—and I am not trying in any way to be deprecating, and I relate it directly to funding; with the best intentions in the world, that is a limiting factor on what one can do—Atlantic Canada does not have the same standards of health care; granted we can judge what should be the criteria for standards. The argument

[Translation]

prouver que la part de financement du gouvernement fédéral n'a pas diminué, certainement pas depuis les négociations de 1977 et de 1982 sur les deux plans quinquennaux. Mais d'après les pages 4 et 5 de votre mémoire, vous affirmez, dans le cas de votre province au moins, que la participation du gouvernement fédéral à vos frais d'assurance-santé a, en fait, diminué.

Quel argument avez-vous alors invoqué auprès du ministre? Vous avez certainement abordé la question avec elle, vous avez du moins essayé. S'est-elle simplement refusée à en discuter? L'a-t-elle purement et simplement ignorée? L'a-t-elle écartée? Quelle a été sa réaction?

M. House: Nous ne sommes jamais parvenus, bien entendu, à nous entendre sur la question même dont vous parlez. Nous savons que depuis 1980—je ne suis pas sûr de l'année, mais depuis que le programme F.P.E. existe, la participation du gouvernement fédéral—que les dispositions du F.P.E. ont été liées davantage à l'expansion de l'économie qu'aux coûts des soins médicaux. Or, ceux-ci ont augmenté de 75 p. 100 depuis 1977, je crois—en tout cas, notre participation, que nous jugeons due, s'est élevée de 75 p. 100—alors que la part du gouvernement fédéral n'a augmenté pendant cette période que de 36 p. 100.

La proportion n'est plus la même si vous considérez les garanties de recettes, les transferts de fonds, et autres, quelle que soit la façon dont vous interprétez ceux-ci, et ils doivent changer si la part du gouvernement fédéral est liée à l'augmentation du produit brut. Mais les coûts des soins médicaux n'augmentent pas en fonction de ce dernier; ils augmentent, eux, pour ce qui me paraît quatre raisons: l'une, c'est l'inflation; l'autre, c'est une population vieillissante qui mobilise davantage nos services complémentaires de santé, mais surtout, nos hôpitaux de soins actifs. Les deux autres facteurs, ou variables, qui ne sont jamais pris en considération ici sont, tout d'abord, l'évolution rapide de la technologie médicale, car la médecine et la santé semblent aller de soi, leur nécessité paraît indéniable, ce qui a des incidences considérables sur les coûts, et le second facteur, c'est que nous ignorons les changements profonds survenus dans les techniques médicales.

A titre d'exemple, considérons ce qui se passait il y a 10 ans—mais je fais peut-être erreur, c'est peut-être de 15 ans, ou de cinq ou sept ans, qu'il faudrait parler. Pour vous donner un exemple, le pontage coronaire, cela n'existait pas, alors qu'à l'heure actuelle, cela représente chaque semaine une grosse dépense. Il y a quelques années encore, l'opération n'existait pas, alors qu'elle constitue maintenant un coût supplémentaire qui n'est nullement lié à l'expansion économique.

Tous ces facteurs réunis ont donc fait grimper les coûts, et tout ce que nous recevons, bien entendu, c'est ce qui provient de la croissance normale. J'ajouterais à cela que c'est précisément lorsque l'économie est dans le marasme que les maladies ont tendance à gagner du terrain.

M. Epp: On a également prétendu ici que—et je n'essaie nullement d'être désapprouvateur, je lie cette question directement au financement; si bien intentionné que l'on soit, cela constitue un facteur limitatif à nos efforts—les provinces de l'Atlantique n'ont pas les mêmes normes de soins médicaux, à supposer que nous puissions décider de ce que devraient être

[Texte]

has also been made around this table that that would not be the case from a federal point of view, but that the Atlantic provinces are "not doing their share". How do you react to that charge?

Mr. House: I do not think anybody has ever said the Atlantic provinces are not doing their share.

Mr. Epp: Excuse me for interrupting. Yes, they have around this table.

• 1015

Mr. House: I think the Hall Commission report stated—I do not have the exact statement, but one of the first recommendations that was made in that report was . . . He said that Atlantic Canada was underfunded, in relationship to the Canadian average, by about 15%. I noticed New Brunswick said 20%. I thought it was 15%; that is what I have been using, but I do not have a copy of his report to verify that figure. Let me say, it is around that percentage. He went on further to say that in view of the percentage of the provincial budgets and provincial gross product that goes with the health care, you cannot expect them to do any more. They are doing more now than can be reasonably expected. We have figure here—for instance, total health expenditures in Newfoundland were 12.3% of the total gross domestic products.

Mr. Epp: Domestic products of the province.

Mr. House: The average for Canada was 7.5. Now, with that average for Canada as 7.5 and with Newfoundland being 12.3, and still 15% below the Canadian average, it would seem that if we were up to the Canadian average and had to do it on our own, we would be running around 15% of the gross domestic product. Our per capita expenditure, for instance, in 1981-1982 was \$600, and that was the lowest with the exception of P.E.I. So what you have to look at here is the percentage of our income that is being spent on health—we are still below the Canadian average. So that tells you the story, I think. I do not believe that anybody could justifiably say that we are not doing the best we can. We have a lower range of services also.

The Chairman: Mr. Epp, your last question.

Mr. Epp: Mr. Minister, would you look at this Act more favourably—you mentioned the \$1 million of user fees . . . if meaningful negotiations had taken place? We are looking at the funding . . . at least covering the amounts of money that you now are collecting through user fees.

Mr. House: Yes, but I want to clarify that. First of all, I want everybody here to recognize one thing. We do not have user fees on principle.

[Traduction]

les normes. On a entendu dire, ici même, que tel ne serait pas le cas du point de vue du gouvernement fédéral, mais que les provinces de l'Atlantique n'y «mettent pas du leur». Que pensez-vous de cette accusation?

M. House: Il n'y a eu personne, à ma connaissance, pour prétendre que les provinces de l'Atlantique n'y mettaient pas du leur.

M. Epp: Excusez-moi si je vous interromps, mais cela s'est dit ici même.

M. House: Je crois que dans le rapport de la Commission Hall, dont je ne saurais vous citer exactement le texte, l'une des premières recommandations était que . . . Il y était dit que le financement des provinces de l'Atlantique était d'environ 15 p. 100 inférieur à la moyenne canadienne. Le Nouveau-Brunswick a parlé de 20 p. 100. Je croyais qu'il s'agissait de 15 p. 100, et c'est le chiffre que j'ai avancé, mais je n'avais pas le rapport sous la main pour vérifier. Néanmoins, c'est un pourcentage de cet ordre. Il a ajouté que, compte tenu du pourcentage des budgets provinciaux et du produit provincial brut qui va de pair avec les soins de santé, on ne saurait s'attendre à mieux de leur part, car elles consentent un effort qui est au-dessus de ce que l'on pourrait raisonnablement attendre d'elles. Voyez les chiffres: à Terre-Neuve, les dépenses totales de santé représentaient 12,3 p. 100 du produit intérieur brut.

M. Epp: Du produit de la province.

M. House: Alors que la moyenne, pour le Canada, était de 7,5 p. 100. Si la moyenne s'établit donc à 7,5 p. 100 pour le Canada et à 12,3 p. 100 pour Terre-Neuve, et que cette dernière reste d'environ 15 p. 100 au-dessous de la moyenne canadienne, il découle que si nous devons nous aligner sur la moyenne canadienne, et ce, par nos propres moyens, cela représenterait environ 15 p. 100 du produit intérieur brut. C'est ainsi, par exemple, que nos dépenses par personne étaient de 600\$ en 1981-1982, la plus faible à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard. Ce qu'il faut donc voir ici, c'est le pourcentage de notre revenu que nous dépensons pour les frais de santé, tout en nous trouvant encore au-dessous de la moyenne canadienne. Ces chiffres sont suffisamment éloquentes, et nul ne pourrait nous accuser à juste titre de ne pas faire tout ce qui est dans nos moyens. Nous disposons également de moins de services.

Le président: Monsieur Epp, une dernière question.

M. Epp: Monsieur le ministre, auriez-vous vu ce projet de loi d'un oeil plus favorable—vous avez parlé de 1 million de dollars pour frais modérateurs—s'il y avait vraiment eu des négociations? Nous étudions la question du financement ou, tout au moins, des sommes que vous recueillez actuellement au moyen des frais modérateurs.

M. House: Oui, mais je voudrais tirer cette question au clair. Tout d'abord, il faut que vous soyez tous bien conscients d'une chose: c'est qu'en principe, nous n'avons pas de frais modérateurs.

[Text]

Mr. Epp: I realize that.

Mr. House: There is no such thing as saying, we are trying to curb expenses in the hospital by user fee. Obviously, the user fee we use does not do that anyway, for the simple reason a doctor admits and discharges in these hospitals. We do not do it on principle; we are doing it to raise money. That is our reason for doing it. So, on the one hand, yes, I agree, we would look at it more favourably. On the other hand, though, on principle, I want that to be our decision; the province's decision to eliminate these fees and to do the best for our people. I object to this on principle, but certainly we would look more favourably on it if the money were there. We are concerned about funding.

Mr. Epp: Thank you, Mr. Chairman.

The Chairman: Thank you, Mr. Epp.

I will call on Mr. Breau.

Mr. Breau: Thank you, Mr. Chairman.

I am very happy also to welcome Mr. House. I am from the Atlantic provinces myself, and I recognize that it is more difficult to finance a modern government than it is, for example, in the Province of Ontario or even the Province of Quebec. But it seems to me that there is something in the figures that Mr. House uses that I do not understand. He says there is a reduction in the money that comes from the federal government for health care in Newfoundland because of the elimination of the revenue guarantee.

I was in Newfoundland in the first week of 1981. I met Mr. Collins, your Minister of Finance, and some of his officials. When we indicated to him certain figures, as a health care contribution to Newfoundland, which included the revenue guarantee, he said that we had no business counting that, that is not money for health care. Every provincial government we visited said that the revenue guarantee had nothing to do with health care or post-secondary education; they said that was an automatic transfer to the provincial government. Has Mr. Collins explained that to you?

Mr. House: Yes, they explained it to me. The figure that I get as a result of the taking away of the revenue guarantee, and the figures are here, amounts to \$143 million. They have to figure somehow to bring that out—\$143 million—over the five-year period as opposed to what it would have been had we stayed under the other arrangement, had the revenue guarantee stayed in. Is that correct? These fellows are more up on the figures than I am. I got the figure that it is \$143 million less. I used 40 here in the first three years.

[Translation]

M. Epp: Je le sais bien.

M. House: Il est faux de dire que nous essayons de resserrer les dépenses des hôpitaux en ayant recours aux frais modérateurs. Ce n'est pas là l'objet de nos frais modérateurs, pour la bonne raison que c'est un médecin qui admet le malade à l'hôpital et qui lui donne son bon de sortie. Ce n'est pas par principe que nous le faisons, mais pour obtenir le paiement; c'est là la raison d'être de cette mesure. Je dirais donc, d'une certaine façon, qu'effectivement, nous considérerions la question plus favorablement. Mais d'autre part, je voudrais qu'en principe, la décision nous revienne, que ce soit la province qui décide d'éliminer ces honoraires et d'assurer au mieux les soins de santé pour la population. J'ai une objection de principe, mais nous considérerions la proposition plus favorablement si le financement en était assuré, car c'est là notre préoccupation.

M. Epp: Je vous remercie, monsieur le président.

Le président: Merci, monsieur Epp.

Je donne la parole à M. Breau.

M. Breau: Merci, monsieur le président.

Je suis également très heureux de souhaiter la bienvenue à M. House. Originaire moi-même des provinces de l'Atlantique, je ne comprends que trop bien que ces provinces ont plus de mal que l'Ontario, voire le Québec, à financer un État moderne. Mais il y a quelque chose qui ne me paraît pas clair dans les chiffres qu'avance M. House. Il dit que les sommes destinées aux soins de santé et provenant du gouvernement fédéral ont diminué, pour Terre-Neuve, en raison de la suppression de la garantie du revenu.

J'étais à Terre-Neuve pendant la première semaine de 1981, et j'y ai rencontré M. Collins, votre ministre des Finances, ainsi que certains de ses collaborateurs. Parce que nous avons mentionné certains chiffres qui représentaient une contribution aux soins de santé à Terre-Neuve et qui comprenaient la garantie du revenu, il nous a dit que cela ne devrait pas compter, qu'il ne s'agissait pas d'argent pour les soins médicaux. Chacun des gouvernements provinciaux à qui nous avons rendu visite nous a assurés que la garantie du revenu n'avait rien à voir avec les soins médicaux ou avec l'enseignement post-secondaire, et qu'il s'agissait d'un transfert automatique au gouvernement provincial. M. Collins vous a-t-il expliqué cela?

• 1020

M. House: Oui, on me l'a expliqué. Le chiffre que j'obtiens en soustrayant la garantie du revenu—et voici comment j'y arrive—s'élève à 143 millions de dollars. Il faut trouver un moyen de calculer ce résultat de 143 millions de dollars sur la période de cinq ans, en opposition au chiffre que l'on aurait obtenu si les dispositions étaient restées les mêmes, si la garantie du revenu avait été maintenue. Est-ce exact? Ces gens s'y connaissent mieux en chiffres que moi. Je suis arrivé à une différence de 143 millions de dollars, et utilisé 40, ici, pendant les trois premières années.

[Texte]

Mr. Breau: But Mr. Collins told us, and all the other provincial governments told us, that that money had nothing to do with health care, that it was a direct transfer to the consolidated revenue fund in Newfoundland. And he said that we had no business counting that as a contribution for health care. In those days he was saying that that had nothing to do with health care. Today you seem to think that it was for health care.

The Chairman: Mr. Minister, if it would be helpful to you at all, you could let your people with you answer rather than yourself.

Mr. House: Yes, I want Mr. Way to answer.

Mr. Way: That was correct, Mr. Chairman, and that was the statement Dr. Collins made to the Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Fiscal Arrangements. At that time as well, the province's position was that the whole of the EPF arrangement was transferred to the provinces as a block fund and therefore none of it per se was allocated to any particular program; that EPF in the beginning was to give provinces a certain amount of budgeting autonomy. That was not the view that was held by the federal government.

Since that time the province has concurred with the findings of the task force. It said that:

By virtue of the internal allocation established by the federal government, fiscal transfers associated with the revenue guarantee must now be considered part of the health care package and/or post-secondary education transfers and should therefore be allocated in the renewed EPF arrangements to health and/or post-secondary education in the proportions to be negotiated.

That is the position of the province now.

Mr. Breau: Yes. Well, a month after that task force report was published the premiers had a meeting in Victoria in August 1981. They said they did not accept that; that the revenue guarantee was to be counted as a direct transfer to the province and it was not to be allocated to the programs. I wish it would have been different, and the task force wished it would have been different too, but the provincial governments decided it was otherwise.

Mr. Way: The position of the province, of course, is that that should apply to the whole of the EPF transfer and that there should not be any allocations in the transfer to post-secondary education or to health programs.

Mr. Breau: Okay. So what you are saying is that before 1982 the Province of Newfoundland did not count this for health care, but since 1982 they now want to count it for health care.

Mr. Way: All of the EPF transfer to the provinces, the provincial expenditure on health and post-secondary education programs is greater than these transfers. In its internal allocation the province does not earmark these funds specifically to health and post-secondary education programs. The

[Traduction]

M. Breau: Mais M. Collins, de même que les autres gouvernements provinciaux, nous a assurés que cet argent n'avait rien à voir avec les soins médicaux, qu'il s'agissait d'un transfert direct au fonds du revenu consolidé de Terre-Neuve, et que nous ne devrions pas compter ceci comme contribution pour les soins médicaux. Il disait, en ce temps-là, que cela n'avait rien à voir avec la santé, alors qu'aujourd'hui, vous semblez penser le contraire.

Le président: Monsieur le ministre, vous préféreriez peut-être demander à votre personnel de répondre à votre place.

M. House: Oui, je vais demander à M. Way.

M. Way: C'était exact, monsieur le président, et c'est la déclaration qu'a faite M. Collins au groupe d'étude parlementaire sur les accords fiscaux fédéraux-provinciaux. A cette époque également, la province était d'avis que l'ensemble du FPE devrait être transféré aux provinces sous forme de financement global et qu'aucune part ne devait donc être affectée directement à un programme particulier; que le FPE, à ses débuts, visait à laisser aux provinces une certaine mesure d'autonomie financière. Telle n'était pas la position du gouvernement fédéral.

Entre-temps, la province a adhéré aux conclusions du groupe d'étude, d'après lesquelles:

En raison de la répartition interne établie par le gouvernement fédéral, des transferts fiscaux liés à la garantie du revenu doivent être considérés à présent comme faisant partie de l'enveloppe des soins de santé et/ou des transferts pour l'enseignement post-secondaire et devraient, en conséquence, être affectés à la santé et/ou à l'enseignement post-secondaire dans des proportions à négocier, dans le cadre des nouvelles dispositions du financement des programmes établis.

Telle est à présent la position de la province.

M. Breau: Eh bien, un mois après la publication du rapport du groupe d'étude, en août 1981, les premiers ministres se sont réunis à Victoria. Ils ont déclaré ne pas accepter cette disposition, en réclamant que la garantie du revenu soit considérée comme un transfert direct à la province, et ne soit pas affectée au programme. J'aurais voulu—et le groupe d'étude parlementaire l'aurait également voulu—qu'il en soit autrement, mais c'est ainsi qu'en ont décidé les gouvernements provinciaux.

M. Way: Bien entendu, la province considère que cela devrait s'appliquer à l'intégrité du transfert FPE et qu'il ne devrait y avoir aucune affectation, dans le transfert, à l'enseignement post-secondaire ou aux programmes de santé.

M. Breau: Très bien. Vous dites donc qu'avant 1982, la province de Terre-Neuve ne considérait pas ces transferts comme destinés aux soins de santé, mais qu'elle veut les considérer comme tels depuis 1982.

M. Way: L'ensemble du transfert du FPE aux provinces, les dépenses provinciales pour les programmes de soins médicaux et d'enseignement post-secondaire, sont plus élevés que ces transferts. Dans l'affectation que la province fait de ces fonds, elle ne les destine pas spécifiquement aux programmes de santé

[Text]

province in taking this view understands that this is the intent of the EPF arrangements.

Mr. Breau: You see, the reason I raise this is because when the revenue guarantee was eliminated . . . I can understand that a sectoral minister, a minister who is responsible for one sector in the Government of Newfoundland, may always want to get more money for his sector, which is understandable, but I think sometimes Ministers of Finance in provincial governments, like Ministers of Finance in the federal government, do not always tell the sectoral ministers the money they are getting, because when the federal government, in the 1982 Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act that was passed in Parliament, eliminated the revenue guarantee, in order to make sure that that would not impact negatively on the provinces that receive the equalization, it made a special deal with the four Atlantic provinces, Quebec and Manitoba and offered to in effect write off recovery payments that were to be given through equalization that was due to the federal government. In the case of Newfoundland that was a one-time grant of \$70.323 million, \$70 million that your Minister of Finance received as compensation in the deal that was made because we did not want the elimination of the revenue guarantee to hurt the provinces that received equalization. Obviously, because your Minister of Finance did not think it should be allocated to health care before, he never gave you that money to spend for health care, or post secondary education. So I do not see how you can say that the adjustment in the federal transfers, that the elimination of the revenue guarantee caused, should affect health care in Newfoundland, because you did receive \$70.3 million when the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act was passed to help you sustain whatever loss you would have with the revenue guarantee.

• 1025

Mr. Way: Which year? Are you referring to the first year of the EPF arrangements, or the second set of arrangements?

The Chairman: Second.

Mr. Breau: I am talking about the 1982 act. When we eliminated the revenue guarantee, to make sure that this would not adversely affect the provinces that received equalization we provided a population recovery adjustment payment in equalization in the same act to the provinces that received equalization, and that gave Newfoundland \$70.3 million cash. No questions asked. Now that went to your Minister of Finance, not to the Minister of Health. Maybe Mr. Collins did not tell you, Mr. House that he received that.

Mr. House: I know very well what the province has received. We do not operate the government in that kind of isolation.

[Translation]

et d'enseignement post-secondaire. En adoptant ce point de vue, elle comprend que telle est l'intention des arrangements FPE.

M. Breau: La raison pour laquelle je soulève cette question, c'est que lorsqu'on a supprimé la garantie du revenu . . . Je comprends bien qu'un ministre responsable d'un secteur du gouvernement de Terre-Neuve veuille toujours obtenir plus de fonds pour son secteur, c'est bien compréhensible; mais il me semble que les ministres des Finances des gouvernements provinciaux, de même que le ministre des Finances du gouvernement fédéral, ne révèlent pas toujours à leurs ministres les fonds qu'ils reçoivent, car lorsque le gouvernement fédéral, dans la Loi de 1982 sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, et dans la Loi sur les programmes établis qui a été adoptée au Parlement, a supprimé la garantie du revenu, afin d'éviter que celle-ci n'ait un effet défavorable pour les provinces qui bénéficient de la péréquation, il a conclu un accord spécial avec les quatre provinces de l'Atlantique, le Québec et le Manitoba et leur a proposé, en fait, de radier les paiements de recouvrement qui auraient dû être versés au moyen de la péréquation due au gouvernement fédéral. Dans le cas de Terre-Neuve, il s'agissait d'un don unique de 70.323 millions de dollars, soit 70 millions que votre ministre des Finances a reçus comme indemnité dans la transaction qui avait été faite parce que nous ne voulions pas que la suppression de la garantie du revenu porte préjudice aux provinces qui recevaient la péréquation. Votre ministre des Finances, ne jugeant pas, de toute évidence, que cette somme devait être attribuée aux soins médicaux, ne vous a jamais donné cet argent à dépenser, ni pour les soins de santé, ni pour l'enseignement post-secondaire. Je ne vois donc vraiment pas comment vous pouvez prétendre que l'ajustement des transferts fédéraux, causé par la suppression de la garantie du revenu, pourrait porter préjudice à l'assurance-santé à Terre-Neuve, car vous avez touché 70,3 millions de dollars lorsque la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces a été adoptée, afin de compenser toute perte subie à cause de la suppression de la garantie du revenu.

M. Way: De quelle année parlez-vous? Est-ce que vous parlez de la première année des arrangements F.P.E., ou de la deuxième série?

Le président: De la deuxième.

M. Breau: Je parle de la loi de 1982. Lorsque nous avons supprimé la garantie du revenu, nous avons voulu nous assurer que ceci ne porterait pas préjudice aux provinces qui recevaient la péréquation, et avons stipulé dans la même loi que les provinces qui recevaient la péréquation bénéficieraient d'un paiement de recouvrement calculé en fonction de la population, ce qui fait que Terre-Neuve a touché 70,3 millions de dollars. Aucune condition n'y était attachée, et cette somme a été versée à votre ministre des Finances, et non au ministre de la Santé. M. Collins a peut-être omis de vous dire, monsieur House, qu'il a touché cette somme.

M. House: Je sais très bien ce qu'a reçu la province. Notre gouvernement ne connaît pas de cloisons étanches: les minis-

[Texte]

Ministers of Health work on Treasury Boards and that kind of thing and know exactly what dollars are coming in. I did not receive figures from the federal Health Minister or anybody else. The figures that I have received is that, had the arrangements continued that our programs were predicated on, we would be receiving an average of about \$28 million a year more. A bulk sum of money I would have to leave that to Mr. Way to answer in some detail.

Mr. Breau: While he is looking for that answer—well it is a big detail \$70.3 million.

Mr. House: Yes.

Mr. Breau: A one-time payment.

Mr. House: A one-shot deal. A one-shot deal of \$70 million is just a one-shot deal. That is what it says.

Mr. Breau: Yes. It is to replace about \$10 million a year that you were losing. Over five years. That would be about \$50 million cash, and you were getting \$70 million in one shot. If you count the interest, and the accrued interest on that, that is worth a lot of money to Newfoundland, and I am glad you got it. I am one of those who fought for the Atlantic provinces to get that. I met with two provincial premiers from the Maritime provinces at the time they were meeting here at the federal-provincial conference in February of 1982, and asked them to propose this sort of thing, which they did, to Mr. MacEachen who was Minister of Finance at the time. I thought the total the Atlantic provinces got out of the federal government was \$190 million for the four Atlantic provinces. I think that is fair, but I do not think it is fair then for the Atlantic governments to come here and say that we reduced our contributions to health care or post-secondary education because we eliminated the revenue guarantee. According to the ministers of finance of the provinces the revenue guarantee had nothing to do with health care and post-secondary education, so if they say they had to do with the health care before, then they should say that equalization also should be allocated to health care.

Now, there is another figure that you used about the percentage of the federal contribution. I have some figures here that, I think, are reliable. In 1975-1976 the federal contribution to health care in Newfoundland, not only medicare and hospitalization, but overall health expenditures, was 42.6%; in 1976-1977 it was 47.6%. Those were the last two years of cost-sharing. The figures show that from 1977 to 1978, to 1981-1982, it went from 47.6% in the last year of cost-sharing, to as high as 52.5% in 1979-1980, and in 1981-1982 it was 48.5%. This is 6% more than it was under cost-sharing in 1975-1976. These figures include all the health expenditures in Newfoundland. Again, I do not disagree with that. I think that is a good thing, because as you said, and as Mr. Justice Hall said, the Atlantic provinces need a lot of special assistance to develop their health programs. That is why in the first three years of EPF, from 1977-1978 to 1979-1980 and 1980-1981, Parliament provided, in the Fiscal

[Traduction]

tres de la Santé siègent au Conseil du Trésor, et à d'autres organismes, et savent exactement quelles sont les rentrées. Je n'ai pas reçu de chiffres du ministre de la Santé du gouvernement fédéral, ou de qui que ce soit d'autre; d'après ceux que j'ai reçus, il ressort que si les arrangements en fonction desquels étaient prévus nos programmes avaient été maintenus, nous aurions reçu en moyenne, par an, environ 28 millions de plus. Il s'agit là de la somme globale, dont M. Way pourra vous parler plus en détail.

M. Breau: Pendant qu'il consulte ses documents... ma foi, 70,3 millions de dollars, ce n'est pas une bagatelle.

M. House: C'est vrai.

M. Breau: Un paiement en une fois.

M. House: Oui, une seule transaction, une seule transaction de 70 millions, c'est valable pour une fois. Voilà ce que cela veut dire.

M. Breau: Oui, c'est pour remplacer environ 10 millions par an que vous perdiez. Sur une période de cinq ans. Cela représentait donc environ 50 millions comptant, et vous receviez d'un seul coup 70 millions de dollars. Si vous comptez l'intérêt, et l'intérêt composé en sus, cela représente une somme considérable pour Terre-Neuve; je suis heureux que vous l'ayez reçue. J'ai été l'un de ceux qui se sont battus pour que les provinces de l'Atlantique en bénéficient. J'ai rencontré deux premiers ministres des provinces Maritimes, lorsqu'ils sont venus ici, lors de la conférence fédérale-provinciale de février 1982, et je leur ai demandé de faire cette proposition—ils se sont exécutés—à M. MacEachen, qui était à l'époque ministre des Finances. Les provinces Atlantiques ont reçu en tout 190 millions de dollars du gouvernement fédéral. Cela me paraît une somme équitable, mais il n'est pas équitable, alors, que les gouvernements de ces provinces viennent nous dire qu'en supprimant la garantie du revenu, nous réduisons nos contributions au régime d'assurance-santé ou à l'enseignement post-secondaire. D'après les ministres des Finances des provinces, la garantie du revenu n'a rien à voir avec le régime d'assurance-santé ou avec l'enseignement post-secondaire, et s'ils prétendent que tel était le cas avant, ils devraient, en toute logique, en inférer que la péréquation devrait également être affectée au régime d'assurance-santé.

Vous avez mentionné un autre chiffre à propos du pourcentage de la contribution fédérale. J'ai certains chiffres, ici, qui sont fiables, je pense. En 1975-1976, la contribution fédérale aux dépenses santé de Terre-Neuve—je ne parle pas seulement de l'assurance-santé et des soins hospitaliers, mais de l'ensemble des dépenses santé—était de 42,6 p. 100; en 1976-1977, elle s'élevait à 47,6 p. 100. C'était les deux dernières années des frais partagés. Les chiffres font ressortir que de 1977 à 1978, à 1981-1982, cette contribution est passée de 47,6 p. 100, dans la dernière année des frais partagés, à pas moins de 52,5 p. 100 en 1979-1980, et à 48,5 p. 100 en 1981-1982. Cela représente donc 6 p. 100 de plus qu'en 1975-1976, sous le régime des frais partagés. Ces chiffres comprennent toutes les dépenses de santé de Terre-Neuve. Là encore, je n'y vois pas d'objection. Je crois que c'est excellent, car, comme vous l'avez dit, et comme le juge Hall l'a dit, les provinces de l'Atlantique ont besoin de beaucoup d'aide spéciale afin de mettre sur pied

[Text]

Arrangements and Established Programs Act, 1977, that there be special levelling up payments and transitional payments to bring everybody up to a national average per capita contribution. Because Newfoundland and New Brunswick and Nova Scotia and Prince Edward Island and, I believe, Manitoba, at the time, were under the national average, that meant that for three years they got some special payments to bring them up. That is why the federal contribution, as a percentage, is still higher in Newfoundland, when you consider your overall health average expenditures, than it was under cost sharing.

• 1030

The Chairman: Mr. Hearn.

Mr. Ambrose Hearn (Deputy Minister of Health, Province of Newfoundland): Perhaps, Mr. Chairman, if I could refer the Hon. Member to Table C of our presentation, I think you could not argue the figures in 1975-1976 and thereafter, because there was that levelling off period to reach the national average. But I think you might perhaps agree that from 1979-1980 on to this year the figures have been going down—or is that a point of disagreement?

Mr. Breau: Yes, because you very skillfully start counting from 1979-1980. Why do you not start in 1977-1978, the first year of EPF? Then you will see the levelling up payments that I am talking about.

Mr. Hearn: We could do that. But it surely would not change the position from 1979-1980 to the current date.

Mr. Breau: No, but do you not understand that we provided, in EPF, special levelling up payments, transitional payments, to bring you up to the national average, which gave you a lot of money? For example, in the first year of EPF, you got an increase of 18.4%, in the second year, 15%. That was to provide money to bring everybody up to the national average per capita. So you cannot ignore the first two years of EPF, because you did receive a bonus in the first two years of EPF to help you catch up when you got into block funding, because Parliament was concerned, and the provincial ministers when they negotiated with the federal government at the time were concerned, that once you went from cost sharing to block funding maybe the provinces that received equalization could not sustain their development programs; so we provided a system whereby in the first three years they would get special payments. Now you do not count those payments, and I do not think that is fair.

[Translation]

leurs programmes de santé. C'est pourquoi, au cours des trois premières années du F.P.E., de 1977-1978 à 1979-1980 et 1980-1981, le Parlement avait prévu, dans la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis, des versements spéciaux de rattrapage et des versements de transition, afin de relever le niveau de tous à la moyenne nationale des cotisations per capita. Parce que Terre-Neuve et le Nouveau-Brunswick, ainsi que la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard et, je crois, le Manitoba, à l'époque, étaient en deçà de la moyenne nationale; cela signifie que pendant trois ans, ces provinces ont obtenu des versements spéciaux afin de les relever au niveau de la moyenne. C'est pourquoi les contributions fédérales, en pourcentage, sont encore plus élevées à Terre-Neuve, compte tenu de l'ensemble de vos dépenses moyennes dans la secteur de la santé, qu'en vertu des programmes à coûts partagés.

Le président: Monsieur Hearn.

M. Ambrose Hearn (sous-ministre de la Santé, province de Terre-Neuve): Peut-être, monsieur le président, devrais-je renvoyer l'honorable député au tableau C de notre mémoire, car je ne crois pas que l'on puisse contester les chiffres de 1975-1976 et subséquemment, à cause de cette période de rattrapage en vue d'atteindre la moyenne nationale. Toutefois, je crois que vous reconnaîtrez peut-être qu'à compter de 1979-1980, jusqu'aux chiffres de cette année, il y a eu diminution—ou contestez-vous ce fait?

M. Breau: Oui, car vous avez très adroitement commencé à compter à partir de 1979-1980. Pourquoi ne pas commencer en 1977-1978, la première année des programmes établis? Alors, vous pourrez voir les versements de rattrapage dont je parle.

M. Hearn: Nous pourrions le faire. Toutefois, cela ne changerait certainement pas la situation de 1979-1980 jusqu'à présent.

M. Breau: Non, mais ne comprenez-vous pas que nous avons versé, dans le cadre des programmes établis, des paiements spéciaux de rattrapage, des paiements de transition, afin de vous relever au niveau de la moyenne nationale, ce qui vous a permis d'obtenir beaucoup d'argent? Par exemple, au cours de la première année des programmes établis, vous avez obtenu une augmentation de 18.4 p. 100, et la deuxième année, 15 p. 100. Et ce, afin de vous fournir l'argent nécessaire pour relever tout le monde au niveau de la moyenne nationale par habitant. Vous ne pouvez donc pas ignorer les deux premières années des programmes établis, car au cours de ces deux premières années, vous avez obtenu un boni pour vous permettre de vous rattraper lorsque le financement en bloc entrerait en vigueur, car le Parlement s'inquiétait, et les ministres provinciaux, lorsqu'ils négociaient avec le gouvernement fédéral, à l'époque, s'inquiétaient du fait qu'une fois le régime des coûts partagés devenu le financement global, peut-être les provinces qui recevaient des paiements de péréquation ne pourraient pas maintenir l'évolution de leurs programmes; nous avons donc prévu un régime dans le cadre duquel, au cours des trois premières années, vous obtiendriez des versements spéciaux.

[Texte]

Mr. Hearn: If I could beg to differ, Mr. Chairman . . .

The Chairman: You can certainly beg to differ and I will have to go to another member after your comment.

Mr. Hearn: I would refer you to page 4 of our document. I think we quite clearly state that we acknowledge the substantial contributions of the federal government during those early years, which went considerably beyond the 50% in some areas. So I do not think we are saying at all that the federal government was not contributing more than 50% in some of the programs in the early years since 1975-1976.

Perhaps if I might, Mr. Chairman, I think what is relevant now is that we are talking about a new Act that is supposed to sort out Canada's health care system and, in fact, it does not even address Canada's health care system but only addresses hospital insurance and medicare. The federal Minister is saying, as we understand it, that there has been no reduction in contributions and that in fact they are about the same as they were earlier, roughly in the 50% area. So I think the whole public feels . . .

Mr. Breau: But . . .

The Chairman: Order, please!

Mr. Hearn: —that that, in fact, is what Canada is doing, we are talking about 50% of the health care costs in a province. I put the figures before you: they are not 50% in any sense of the word, whether you use tax points or cash or anything else. Those are the numbers. You can check them through, but I am pretty sure they will hold . . .

Mr. Breau: Sorry, Mr. Chairman.

The Chairman: Mr. Breau, I will get back to you on the second round, if you wish, but I have to go on to somebody else now.

Dr. Halliday.

Mr. Halliday: Thank you, Mr. Chairman. I too want to welcome our witnesses from Newfoundland here today. I have really enjoyed their analysis of the proposed Act and their proposals for changes in it. I am a little amused, Mr. Chairman, by the fact that Mr. Breau, who just preceded me, has spent his whole time dealing with the economics, the financial aspects, of this problem. I cannot judge the relative merits of his argument versus yours, I hear them both, but what surprised me was that the federal Minister refuses to talk about the financing part—as you, Mr. Minister, from Newfoundland, have indicated. Yet Mr. Breau, as a member on the side that is supportive of her government, has taken all his time to address the very thing that she refused to talk about. So I guess we do . . .

[Traduction]

Maintenant, vous ne tenez pas compte de ces paiements, et je ne crois pas que ce soit juste.

M. Hearn: Si vous voulez me permettre d'exprimer un avis contraire, monsieur le président . . .

Le président: Vous pouvez certainement exprimer un avis contraire, et je devrai passer à un autre député lorsque vous aurez terminé vos remarques.

M. Hearn: J'aimerais vous renvoyer à la page 4 de notre document. Je crois que nous déclarons très clairement que nous reconnaissons les contributions considérables du gouvernement fédéral au cours de ces premières années, lesquelles dépassaient considérablement les 50 p. 100 dans certains domaines. Je ne crois donc pas que nous disions du tout que le gouvernement fédéral n'a pas contribué plus que 50 p. 100 dans le cadre de certains programmes, au cours des premières années, depuis 1975-1976.

Avec votre permission, monsieur le président, j'aimerais souligner qu'il s'agit ici d'une nouvelle loi, qui est censée tirer au clair le régime de soins de santé du Canada, alors qu'en fait, cette loi ne parle même pas du régime de soins de santé du Canada, mais uniquement de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie. Le ministre fédéral prétend, nous sommes-nous laissé dire, qu'il n'y aura aucune diminution dans les contributions, et qu'en fait, celles-ci seront à peu près les mêmes qu'auparavant, c'est-à-dire environ 50 p. 100. Je crois donc que le public dans son ensemble estime . . .

M. Breau: Mais . . .

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît!

M. Hearn: . . . qu'en fait, c'est bien ce que fait le Canada, qu'il s'agit bien d'environ 50 p. 100 des coûts des soins de santé dans une province. Or, je vous présente les chiffres: ceux-ci n'atteignent pas, même de loin, les 50 p. 100, qu'on ait recours aux points fiscaux, à l'argent comptant, ou à une autre méthode. Voilà les chiffres. Vous pouvez les vérifier à fond, mais je suis presque persuadé qu'ils sont incontestables . . .

M. Breau: Excusez-moi, monsieur le président.

Le président: Monsieur Breau, vous reviendrez au deuxième tour, si vous le souhaitez, mais pour l'instant, je dois passer à quelqu'un d'autre.

Monsieur Halliday.

M. Halliday: Merci, monsieur le président. Je tiens, moi aussi, à souhaiter la bienvenue à nos témoins d'aujourd'hui, de Terre-Neuve. J'ai beaucoup aimé leur analyse du projet de loi et leurs propositions visant à y apporter des modifications. Je suis un peu amusé, monsieur le président, que M. Breau, qui vient juste de me précéder, ait consacré tout son temps à parler des facteurs économiques, des aspects du financement, du problème. Je ne saurais juger des mérites relatifs de son argument par rapport au vôtre, je les entends tous les deux, mais ce qui me surprend, c'est que le ministre fédéral refuse de parler du financement—comme vous, monsieur le ministre, de Terre-Neuve, l'avez indiqué. Pourtant, M. Breau, comme membre du parti qui appuie son gouvernement, a consacré tout son temps à parler justement de la chose même qu'elle refuse de discuter. Je suppose donc . . .

[Text]

• 1035

Mr. Breau: You should be happy with that, then.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, I am happy inasmuch as it seems to confirm the fact that financing is a real problem. Our delegation the other day told us that. The federal Minister says it is not a problem, and I am glad to see that Mr. Breau has identified it as being a problem. It is a difference of opinion. Obviously it needs to be resolved.

The amendments the Minister has proposed, Mr. Chairman, certainly appeal to me. I could probably accept them all almost holus-bolus. They have a lot of merit, I think, in clarifying the nature of the Bill we have before us.

I believe I understood the Minister to say—it might not be in his written brief, but I thought he said of extra-billing that it is not a problem in Newfoundland because you do not have any doctors extra-billing but you do have some opted out of the plan, I think—one. I guess what I would like to know, then, is how does that doctor function. Does he bill his patient directly? Is there any reimbursement from the plan to either the doctor or the patient?

Mr. House: First of all, extra-billing is not a problem. We had one physician, I guess, who on principle did not opt in. I think that is the right way to put it. He did not opt out; he never opted in. I think that particular person does not charge any more than the standard fee anyway, but he would bill the patient and the patient would bill medicare. That is the process.

Mr. Halliday: And that patient who goes to him is able to bill medicare.

Mr. House: Yes.

Mr. Halliday: Well, I have no problems with that situation at all; but I want to ask you a question. As you read this Bill before us, will you be penalized by the federal government for allowing that patient . . . ? What is your interpretation of the Bill as it is before us now? Will you be subjected to a penalty by the federal government because you allow that to happen?

Mr. House: As I understand it, a doctor will not be allowed to opt out, and if he opts out, he will opt out of the plan altogether. That is the interpretation I have.

Mr. Hearn: Mr. Chairman, our understanding is that we will have to require that physician to tell us specifically how much he extra-bills and who he extra-bills, and then we will be penalized—we will have to provide that information to the federal government and that will be deducted from our plan. Secondly, for any user charges we have, they will automatically be deducted from our transfer payments. So clearly we would be penalized on both counts. Whether it is one or all of them, you get penalized. There is no leeway in this Bill at all.

[Translation]

M. Breau: Vous devriez vous en réjouir alors.

M. Halliday: Monsieur le président, je m'en réjouis dans la mesure où cela me confirme le fait que le financement constitue un problème réel. Notre délégation de l'autre jour nous l'a dit aussi. Le ministre fédéral prétend que ce n'est pas un problème, et je suis heureux de voir que M. Breau l'a relevé comme en étant un. C'est une différence d'opinion. Manifestement, il faudra trancher la question.

Les amendements que propose le ministre, monsieur le président, me tentent certainement. Je pourrais probablement les accepter tous presque comme tels. Ils font beaucoup, je crois, pour préciser la nature du projet de loi dont nous sommes saisis.

Je crois avoir entendu le ministre dire—peut-être pas dans son mémoire écrit, mais je crois qu'il a dit que la surfacturation ne constituait pas un problème à Terre-Neuve, car vous n'aviez aucun médecin qui surfacturait, mais que vous en aviez quelques-uns qui s'étaient retirés du régime, je crois—un. J'aimerais savoir comment ce médecin fonctionne. Est-ce qu'il facture directement ses patients? Y a-t-il remboursement de la part du régime, soit au médecin ou soit au patient?

M. House: Tout d'abord, la surfacturation n'est pas un problème. Nous avons un médecin, je crois, qui par principe n'a pas adhéré au régime. Je crois que c'est la bonne façon d'exprimer la chose. Ce n'est pas qu'il se soit retiré; il n'y a jamais adhéré. Je crois que ce médecin particulier ne demande pas plus cher que les honoraires standards de toute façon, mais il se trouve à facturer le patient et celui-ci facture l'assurance-maladie. C'est ainsi que l'on procède.

M. Halliday: Et le patient qui se rend chez ce médecin peut demander remboursement à l'assurance-maladie.

M. House: Oui.

M. Halliday: Je n'ai aucun problème à accepter cette situation; mais je veux vous poser la question suivante. D'après votre interprétation du projet de loi dont nous sommes saisis, est-ce que le gouvernement fédéral vous pénalisera de permettre que ce patient . . . ? Quelle est votre interprétation du projet de loi tel que rédigé actuellement? Le gouvernement fédéral vous imposera-t-il une sanction parce que vous permettez cette procédure?

M. House: D'après ce que j'ai compris, il ne sera pas permis à un médecin de se retirer, et s'il le fait, il se trouvera à se retirer complètement du régime. C'est mon interprétation.

M. Hearn: Monsieur le président, à notre connaissance, nous devons exiger que ce médecin nous dise exactement de combien il surfacture et à qui il demande ces honoraires supplémentaires, et ensuite nous serons pénalisés—nous devons fournir ces renseignements au gouvernement fédéral qui déduira un montant équivalent de notre régime. Deuxièmement, tous frais modérateurs en cours se trouveront automatiquement déduits de nos paiements de transfert. Donc clairement nous serons pénalisés sur les deux fronts. Qu'il ne s'agisse que d'un seul ou de tous, vous serez pénalisés. Il n'y a pas du tout de jeu dans ce projet de loi.

[Texte]

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the Newfoundland government obviously appears to have a plan in existence which is fairly satisfactory to the physicians there. We hear few complaints from them. This is not true all across the country, and one of the notable areas where there is a problem is in Quebec. We had the general practitioners of Quebec—the Quebec Federation of General Practitioners—here a couple of days ago, and they had an interesting amendment to offer to the committee as well, because they are suffering from a drop from being the highest-paid physicians a number of years ago down to the lowest-paid now in the country. They feel it is a problem there. They are wondering why the Bill—and they are suggesting that the Bill should include some sort of protection for them, which is not unreasonable, and they are suggesting that if it is fair to penalize the province for allowing extra-billing to occur, probably there should be a penalty to the province if they do not provide this reasonable remuneration that the Bill describes. The Bill does not specify what that is, but assuming that an arbitrator of some sort determines what is reasonable remuneration, would you, as a minister, feel that what would be sauce for the goose would be sauce for the gander, so to speak? If it were determined that the physicians were not being paid a reasonable amount, would you think then that the province should be willing to accept the penalty in that case?

Mr. House: Of course, this is one of the real problems that would be presented there. We as a provincial government in our policy disagree with having anybody . . .

Mr. Hearn: Mr. Chairman, the point is that long before medicare, provinces were negotiating with their physicians over reasonable levels of compensation. Since medicare, the federal government has never, to our knowledge, interfered with that process. We would expect that to continue. I think within the context of a provincial health care system, the provincial government, which has the constitutional responsibility to deliver the services, will have to determine what is the reasonable level of payment for these physicians. And very clearly, if a provincial government does not provide a reasonable level of payment for physicians they are going to go elsewhere and practise. Then we will no longer have a health care system in that sense.

• 1040

The Chairman: I think when the Minister went down to see you she probably stated it was not her intention to interfere in that way at all, did she not?

Mr. Hearn: Mr. Chairman, I do not believe the Minister commented on that point particularly, with respect to what she would do in terms of future negotiations.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, the Deputy Minister suggests that the sanctions against a Province not paying adequately is the fact that physicians will leave their Province. That might be true in most cases, but it certainly is not quite as true in Quebec because there are a lot of family physicians, general

[Traduction]

M. Halliday: Monsieur le président, le gouvernement de Terre-Neuve semble manifestement avoir en place un régime qui est assez satisfaisant pour les médecins là-bas. Nous enregistrons peu de plaintes de leur part. Ce n'est pas la même chose à travers tout le pays, et l'un des endroits les plus remarquables où il y a un problème, c'est au Québec. Nous avons entendu les omnipraticiens du Québec—la Fédération québécoise des omnipraticiens—ici il y a quelques jours, et ses représentants nous ont également présenté un amendement assez intéressant, car ils souffrent d'être passés des médecins les mieux payés au pays il y a quelques années aux médecins maintenant les moins bien payés. Ils estiment qu'il y a là un problème. Ils se demandent pourquoi le projet de loi—et ils laissent entendre que le projet de loi devrait inclure une certaine protection à leur égard, ce qui n'est pas excessif, et ils proposent que s'il est juste de pénaliser la province qui permet la surfacturation, il devrait probablement y avoir des sanctions à l'égard d'une province qui n'offre pas la rémunération raisonnable décrite dans le présent projet de loi. Le projet de loi ne précise pas quelle doit être cette rémunération, mais en supposant qu'un arbitre quelconque détermine ce qui constitue une rémunération raisonnable, seriez-vous disposé, comme ministre, à dire que ce qui vaut pour l'un vaut pour l'autre, façon de parler? S'il était déterminé que les médecins ne recevaient pas des honoraires suffisants, seriez-vous prêt à dire que dans un tel cas, la province devrait être disposée à accepter des sanctions?

M. House: Bien sûr, c'est l'un des problèmes réels qui pourraient se présenter ici. Comme gouvernement provincial, dans notre politique, nous désapprouvons que quelqu'un ait . . .

M. Hearn: Monsieur le président, le fait est que bien avant l'assurance-maladie, les provinces négociaient avec leurs médecins la question des niveaux raisonnables d'indemnisation. Depuis l'assurance-maladie, le gouvernement fédéral n'est jamais, à notre connaissance, intervenu dans ce processus. Nous nous attendons à ce que cela continue. Je crois qu'en ce qui concerne le Régime provincial de soins de santé, le gouvernement provincial dont c'est la responsabilité constitutionnelle d'offrir ces services, devra décider ce qui constitue un niveau raisonnable de rémunération pour ces médecins. Or, il est très clair que si un gouvernement provincial n'offre pas un niveau raisonnable aux médecins, ceux-ci iront pratiquer ailleurs. Alors nous n'aurons plus, dans ce sens, un régime de soins de santé.

Le président: Je crois que lorsque le ministre est allé vous voir, elle a probablement déclaré qu'il n'était pas dans ses intentions d'intervenir le moins possible, n'est-ce pas?

M. Hearn: Monsieur le président, je ne crois pas que le ministre ait fait de remarques sur ce point particulier, à savoir ce qu'elle ferait dans le cadre des négociations futures.

M. Halliday: Monsieur le président, le sous-ministre a dit que les sanctions que subirait une province qui ne rémunérerait pas adéquatement ses médecins, c'est le fait que ceux-ci quitteront cette province. C'est peut-être vrai dans de nombreux cas, mais ce n'est certainement pas tout à fait juste dans

[Text]

practitioners in Quebec practising in the rural areas, who have no reason to speak English and would find it very difficult to suddenly move to another country or to another Province. So I appreciate the difficulty they envisage in this Bill and that they want some protection. I am just wondering whether or not you, as a government, feel that you have a responsibility to your physicians to make sure they were adequately recompensed and that if an impartial arbitrator deemed they were not, then it would only be fair that you would be subjected to a penalty on that ground, the same as you would be subjected to a penalty if you allowed extra-billing?

Mr. Hearn: If I might, Mr. Chairman, I do not think we disagree with the concept, but I do not think we would want a government outside our Province telling us that we must pay them at a certain level and putting into place a mechanism to ensure we did so. It is a question of principle and philosophy.

Mr. Halliday: Mr. Chairman, another suggestion coming before us came from the Canadian Association of Interns and Residents and it comes as a result of what has arisen in B.C. where there is apparently an over-population of doctors in the urban areas and there is an under-population in the more rural areas, all this in spite of the fact they are increasing their physician output from their medical schools. So there is a threat, so to speak—not imposed as yet—that possibly those physicians who choose, against the wishes of the provincial government, who refuse to go to a rural area would not be granted a number that would allow them access to the plan. In other words, they are trained doctors, they are licensed, and yet they are not going to be given access to a number that would allow them to bill the plan solely because they do not choose to go where the government thinks they should go.

Now, you people in Newfoundland might have some difficulty too in physician manpower in your rural areas. I do not know for sure, but it is quite conceivable you might have that problem. Is that the sort of thing you might want to invoke in Newfoundland, that kind of policy which I would think really denies the freedom of an individual to practise or to earn his living where he wants to earn it? It is virtually a necessity to be in the plan to earn a living, for all practical purposes, and then the government turns around and says: Look, we are not going to give you a number to operate within the plan unless you go where we tell you to go.

Mr. Hearn: Thank you. Mr. Chairman, the question of distribution of physicians is a great problem in Newfoundland, as it is in most parts of Canada. The means by which provincial governments want to address that problem, in different Provinces, will be different. We would hope in Newfoundland that we can negotiate with our medical profession and can jointly find a solution to that problem, because if we do not

[Translation]

celui du Québec, car un grand nombre de médecins de famille, d'omnipraticiens au Québec, exercent leur profession dans les régions rurales où il n'y a aucune raison de parler anglais et ils trouveraient très difficile de déménager tout à coup dans un autre pays ou une autre province. Je comprends donc la difficulté qu'ils anticipent dans le cadre du présent projet de loi et je comprends qu'ils veulent une certaine protection. Je me demandais simplement si comme gouvernement vous estimez avoir ou non une responsabilité à l'égard de vos médecins afin de vous assurer qu'ils sont adéquatement récompensés; si un arbitre impartial jugeait qu'il n'en était pas ainsi, alors ne serait-il pas juste que, pour cette raison, vous soyez assujettis à une sanction, tout comme ce serait le cas si vous permettiez la surfacturation?

M. Hearn: Avec votre permission, monsieur le président, je ne crois pas que nous désapprouvions le concept, mais je ne crois pas que nous voulions qu'un gouvernement étranger à notre province nous dise que nous devons indemniser nos médecins à certains niveaux et mettre en place un mécanisme pour s'en assurer. C'est une question de principe et de philosophie.

M. Halliday: Monsieur le président, une autre suggestion que nous avons entendue nous est venue de l'Association canadienne des internes et résidents, suite à ce qui s'est produit en Colombie-Britannique, où il y aurait apparemment surabondance de médecins dans les centres urbains et pénurie dans les régions rurales, malgré le fait que leurs écoles de médecine accordent davantage de diplômes en médecine. Il y a donc risque, d'une certaine façon—qui ne s'est pas encore réalisé—que ces médecins qui choisissent, malgré les souhaits du gouvernement provincial, de refuser de se rendre dans une région rurale n'obtiennent pas un numéro qui leur permette d'adhérer au régime. En d'autres termes, ils sont des médecins diplômés, ils sont accrédités, et pourtant ils n'auront pas accès à un numéro qui leur permettra d'envoyer leurs factures au régime tout simplement parce qu'ils choisissent de ne pas aller là où le gouvernement estime qu'ils devraient aller.

Or, vous, à Terre-Neuve, pouvez éprouver une certaine difficulté à envoyer vos médecins dans les régions rurales. Je n'en sais rien au juste, mais il est tout à fait concevable que vous puissiez avoir ce problème. Est-ce le genre d'argument que vous souhaiteriez invoquer à Terre-Neuve, une politique de ce genre qui va vraiment à l'encontre, à mon avis, de la liberté de l'individu de pratiquer ou de gagner sa vie où il l'entend? Il est à toutes fins utiles essentiel de faire partie du régime pour gagner sa vie, pour toutes sortes de raisons pratiques, et voici que le gouvernement se retourne et dit: Ecoutez, nous n'allons pas vous donner un numéro pour faire partie du régime à moins que vous n'alliez là où nous vous le disons.

M. Hearn: Merci. Monsieur le président, la question de la répartition des médecins est un grave problème à Terre-Neuve, comme dans la plupart des régions du Canada. Les gouvernements provinciaux voudront adopter différents moyens dans différentes provinces pour régler le problème. Nous osons espérer qu'à Terre-Neuve, nous pourrions négocier avec les membres de notre profession médicale, et ensemble, trouver

[Texte]

then ultimately it may mean there will have to be some legislative or other means of dealing with it, because clearly it is a very great threat to the health system. Too many providers is as much a problem sometimes as too few, in terms of costs, and that problem ultimately would have to be addressed. Certainly it is a problem that perhaps the federal government should be addressing in this kind of Act, rather than punitive measures with respect to fees that any Province might put in place.

The Chairman: Dr. Halliday, I will come back to you again if you wish.

Mr. Halliday: Thank you.

The Chairman: I will go to Mr. Baker.

Mr. Baker: Thank you, Mr. Chairman.

I want to congratulate Mr. House for his brief. As Mr. Epp had noted earlier, Mr. House is always direct and to the point. I have noticed in fact, Mr. Chairman, that all briefs that are submitted to committees in Ottawa from Newfoundland representatives have always been to the point. In fact, I find them more interesting than briefs presented from other provinces because of that fact. They usually get to the point, Mr. House; they usually get to the cold, hard reality.

• 1045

But to be quite honest with you, as a Newfoundlander I am more confused now after reading your brief and listening to you than I ever was before. I am wondering if one of the witnesses could tell me, in a to-the-point manner, why there is such a discrepancy between figures presented to me by the federal government and the figures you present in your brief.

For example, I have always looked at figures from the Department of National Health and Welfare which said the transfers to the Newfoundland government for health care in total have in recent years been over 50%. Now you say it is down to about 37%. Now, by no stretch of the imagination can this be a minor oversight in somebody's mind. Obviously, Mr. Chairman, somebody is incorrect in a very big way.

I am wondering, Mr. House, if you or one of the witnesses could perhaps . . . You have examined the figures presented by the federal government over the years. Where does the discrepancy lie, basically?

This is an enormous discrepancy, and I have noticed this with some other departments as well. I have noticed it, for example, with the Department of Social Services on senior citizens' homes, nursing homes and so on, in which I would have Mr. Hickey saying: Look, the operation of these homes comes out of our budget. I look at figures here that show 57%; if you took the normal escalation since the block funding started and came to a point where you said 57% of the total expenditures for the operation of senior citizens' homes and nursing homes comes from the federal government, these are the figures I am given. Mr. Hickey would say: Well now, it is less than that; but basically, Mr. Baker, we get nothing from

[Traduction]

une solution à ce problème, car sinon, en dernière analyse, il se pourrait qu'il nous faille mettre en place une loi ou trouver un autre moyen de le solutionner, car il est clair que cela constitue une très grave menace pour le régime de santé. Un trop grand nombre de médecins peut représenter parfois un problème aussi grave que trop peu, du point de vue des coûts, et finalement, ce problème, il faudra le solutionner. Il est certain que c'est un problème dont le gouvernement fédéral devrait peut-être parler dans ce genre de loi, plutôt que d'envisager des mesures punitives visant les honoraires qu'une province pourrait mettre en place.

Le président: Monsieur Halliday, je vous redonnerez la parole, si vous le souhaitez.

M. Halliday: Merci.

Le président: Je vais maintenant céder la parole à M. Baker.

M. Baker: Merci, monsieur le président.

Je tiens à féliciter M. House pour son mémoire. Comme l'a remarqué précédemment M. Epp, M. House est toujours franc et direct. J'ai constaté en fait, monsieur le président, que tous les mémoires qui ont été présentés aux comités à Ottawa, par des représentants de Terre-Neuve sont toujours allés droit au but. En fait, je les trouve plus intéressants que les mémoires nous venant d'autres provinces pour cette raison précisément. Généralement, ils sont très pertinents et réalistes.

Cependant, je dois vous avouer que le Terre-Neuvien que je suis a les idées encore moins claires après avoir lu votre mémoire et après avoir écouté votre intervention qu'auparavant. Allez droit au but et dites-moi pourquoi il existe un écart entre les chiffres que me présente le gouvernement fédéral et les vôtres.

Ainsi, d'après les renseignements du ministère de la Santé et du Bien-être social, les paiements de transfert au gouvernement de Terre-Neuve dans le cadre de l'assurance-santé s'élèvent au cours des dernières années à plus de 50 p. 100. Or, vous nous parlez de 37 p. 100; il ne peut s'agir là d'une légère erreur, cette différence étant très importante.

Monsieur House, vous êtes au courant de la statistique et des chiffres que divulgue le gouvernement fédéral. Quelle est la raison de cette différence?

Je remarque une différence énorme dans ce cas comme dans celui d'autres ministères. Prenons le cas des maisons pour personnes âgées, maisons de santé, etc., qui relèvent des services sociaux. M. Hickey nous dit que l'exploitation de ces maisons émerge à son budget. Les chiffres que nous avons n'indiquent que 57 p. 100; c'est-à-dire si l'on tient compte de l'escalade normale depuis l'instauration du financement global. M. Hickey pourra nous dire que les montants dépensés par le gouvernement fédéral sont inférieurs à ce pourcentage; M. Hickey prétendra même qu'il n'obtient rien du gouvernement fédéral étant donné que les fonds sont immédiatement versés au Fonds du revenu consolidé. Un responsable des services

[Text]

the federal government because that goes into the Consolidated Revenue Fund. At one point, I think somebody in social services said it all went to Mr. House.

But anyway, where is the major disagreement here in this whole thing? Obviously, you have examined the figures.

Mr. Hearn: Thank you. Mr. Chairman. If I might, I would refer you to Table C.

Mr. Baker: Yes, I have looked at it.

Mr. Hearn: Is there any disagreement with the amount of the transfer coming from the federal government to Newfoundland of \$178.2 million? If there is some disagreement there, then clearly we have a problem. If there is no disagreement there, then we know what our expenditures are, and I could give you our budget to let you examine that.

Mr. Baker: Exactly.

Mr. Hearn: As I read that, \$178 million over the \$489 million, it comes out to something less than 50%.

Mr. Baker: But, Mr. Hearn, when you give me that explanation... You are talking to a fellow here now from the northeast coast of Newfoundland, who does not have the time... As you know, I deal with unemployment insurance problems, jobs and this sort of thing, and I really have to accept at face value your figures here. Then what do I do with the Department of National Health and Welfare figures? Obviously, you have examined them. You yourself, in coming up with these figures, have examined the figures that have emanated from Ottawa. Could you tell us where the discrepancy lies, or do you know yourself?

Mr. Hearn: Yes, indeed. Thank you, Mr. Chairman. As a boy from the southern shore talking to somebody from the northeast coast of Newfoundland, we should be able to communicate, I would say.

Frankly, Mr. Chairman, it is a question of what things are in and what things are out. If you look at the total health care expenditures in Newfoundland, then those in our case for 1983-1984 will be \$489 million. Now, if you take everything out of that except hospital insurance, medicare and long-term care institutions, then we get to a smaller figure than that.

• 1050

But in the context of EPF arrangements, the federal government as a principle said that these funds were coming for health care; not for hospital insurance and medicare but for health care. And once again we have that same myth being propagated in this proposed Canada Health Act. What we are saying, Mr. Chairman, is that if we are going to talk health care expenditures, then let us talk total health care expenditures; and if somebody is denying that we are spending \$489 million this year, then I would like to see that, because we know what we are spending, and we also know what transfers are coming, so those figures are fairly clear.

[Translation]

sociaux a même prétendu que ces fonds allaient intégralement aux services de M. House.

Vous qui avez examiné les chiffres, que pouvez-vous nous dire au sujet de cette grande différence.

M. Hearn: Merci, monsieur le président. J'aimerais vous demander de vous reporter au tableau C.

M. Baker: Oui, je l'ai consulté.

M. Hearn: Existe-t-il une différence entre les fonds du gouvernement fédéral transférés à la province de Terre-Neuve, c'est-à-dire 178.2 millions de dollars? Si oui, nous avons un problème. Autrement, nous n'en avons pas. Je peux vous laisser consulter notre budget.

M. Baker: Précisément.

M. Hearn: Or, 178 millions de dollars sur 489 millions représentent moins de 50 p. 100.

M. Baker: Monsieur Hearn, vous savez très bien que vous parlez à quelqu'un de la côte nord-est de Terre-Neuve qui n'a pas le temps... Je m'occupe des questions d'assurance-chômage et d'autres problèmes de cette espèce, et je dois vraiment accepter pour de l'argent comptant les chiffres que vous me donnez. Que dois-je alors penser des chiffres que nous donne le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social? Vous les avez étudiés. Pourriez-vous alors nous dire comment il existe une telle différence entre les chiffres des deux gouvernements?

M. Hearn: Bien. Je suppose que nous pouvons communiquer étant donné que je viens de la côte Sud et vous venez de la côte Est de la même province.

Franchement, tout dépend de ce que l'on inclut ou de ce que l'on n'inclut pas dans ces chiffres. Si vous examinez les dépenses totales en matière de santé pour Terre-Neuve, pour 1983-1984, il s'agit bien de 489 millions de dollars. Cependant, si vous ne tenez compte que de l'assurance-hospitalisation, de l'assurance-maladie et des institutions de soins à long terme, le chiffre est moins élevé.

Dans le cadre des ententes du F.P.E., le gouvernement fédéral a établi comme principe que les fonds de transfert aux provinces devaient servir aux soins de santé, non seulement à l'assurance-hospitalisation ou à l'assurance-maladie, mais aux soins en général. La Loi canadienne sur la santé ne fait que perpétuer le même mythe. Ce que nous disons, monsieur le président, c'est que si l'on parle de dépenses en matière de soins, il faut parler alors de dépenses totales. Si quelqu'un vient nous dire que nous ne dépensons pas en fait les 489 millions de dollars que nous dépensons cette année, j'aimerais qu'on me l'explique. Nous savons ce que nous dépensons, nous savons quel est le montant des fonds de transfert; il n'y a aucun doute là-dessus.

[Texte]

Perhaps the second point, though, is, Mr. Chairman, that if we just take the hospital insurance, medicare, and those other things, then clearly the number is not 36%; it is higher than that: perhaps we are looking at \$384 million as versus \$489 million; which raises the percentage but is still below 50%; clearly below 50%. So we have to get rid of this myth that 50% of the costs are coming from the federal government.

Mr. Baker: Okay, Mr. Hearn.

I wonder if I could ask a question of Mr. House. As Mr. House is aware, the Conservatives—I presume they are voting for this Bill . . .

Mr. Breau: They already did.

Mr. Baker: —and they are supporting the legislation in principle. I think you quarrel with the principle of the legislation. The Leader of the Conservative Party, I understand, according to press reports had a meeting in August with the three premiers of the Maritime provinces and promised them that if he got into power, he would bring it back up to 50%, using the provincial figures. Has the same sort of dialogue gone on between the Newfoundland government and Mr. Mulroney?

Mr. House: I could respond to that that I have not heard of that kind of discussion. I do not know if Intergovernmental Affairs is aware of it. I do not think there has been any commitment of any kind in that regard.

Mr. Baker: We should probably follow that up, just in case.

Mr. House, one final question. What is the rationale of your department, of you yourself, in closing out certain hospitals in the province? I ask you this question because of what has happened recently in Newfoundland, where you have announced, for example, a hospital closure in Botwood. I think generally it has been accepted by the people in the community—and certainly Dr. Twomey would never allow his government to diminish health services in his district; I know that for a fact, and the people have generally accepted it. I am wondering what your rationale is in closing out these small hospitals and whether or not there will be an actual saving to the Newfoundland treasury. When you make a public statement and say, look, we will have the same services in the area, and then you announce that you are going to build a new hospital here—I think you have a couple under construction in the province—could you tell the committee what the rationale is of closing out these smaller hospitals in the province, such as Botwood?

Mr. House: Basically I guess one of the things we are charged with is a responsibility for operating an efficient health system and being as economical as we can, bearing in mind that we have to provide a good health service. A lot of the old cottage hospitals that we have in the province have become inefficient. The buildings have become dilapidated and unsafe, in some cases, and they require a lot of funding to replace. What we have done, as you know well, is we have a five-year plan and we have a hospital construction program

[Traduction]

Cependant, monsieur le président, si l'on tient compte seulement de l'assurance-hospitalisation ou de l'assurance-maladie, il ne s'agit plus alors de 36 p. 100, mais d'un pourcentage bien plus élevé. Il s'agit peut-être de 384 millions de dollars sur 489 millions de dollars. Il s'agit donc d'un pourcentage plus élevé, mais quand même encore inférieur à 50 p. 100. Il faut donc que nous nous débarrassions de ce mythe selon lequel 50 p. 100 des frais en matière de santé proviennent du gouvernement fédéral.

M. Baker: Bien, monsieur Hearn.

Pourrais-je poser une question à M. House. Comme il le sait sans doute, les conservateurs—je suppose qu'ils votent en faveur du projet de loi . . .

M. Breau: Ils ont déjà voté.

M. Baker: . . . et qu'ils appuient le projet de loi en principe. Vous n'êtes pas d'accord avec le principe de la loi. Le chef du parti conservateur, si je comprends bien, selon les rapports qui ont été faits dans la presse, a eu une réunion au mois d'août avec les trois premiers ministres des provinces Maritimes et leur a proposé d'augmenter ce montant à 50 p. 100 s'il était élu. Des discussions de ce genre ont-elles eu lieu entre les représentants de votre gouvernement et M. Mulroney?

M. House: Je dois vous dire que je n'ai pas entendu parler de ce genre de discussions. Je ne sais si les affaires intergouvernementales sont au courant. Je ne crois pas qu'il y ait eu d'engagement de quelque sorte que ce soit à cet égard.

M. Baker: Nous devrions peut-être suivre cette histoire.

Monsieur House, une dernière question. Pourquoi votre ministère et vous-même avez-vous fermé certains hôpitaux de la province? Si je vous pose la question, c'est à cause des récents événements qui sont survenus à Terre-Neuve où vous avez annoncé par exemple la fermeture d'un hôpital à Botwood. Je crois que de façon générale cette initiative a été acceptée par la population et la collectivité. Il est certain que le docteur Twomey n'aurait jamais permis que son gouvernement diminue les services de santé offerts dans son district. J'en suis tout à fait sûr et la population ne l'aurait d'ailleurs jamais accepté. J'aimerais savoir quelles sont les raisons qui vous ont poussé à fermer ces petits hôpitaux et également si cela permettra au Trésor terre-neuvien de réaliser des économies. Vous avez dit que les services dans la région seraient les mêmes qu'auparavant et vous avez également annoncé la construction d'un nouvel hôpital. Vous avez d'autres hôpitaux en construction dans la province. Pourriez-vous nous dire quelle a été la raison de la fermeture de ces petits hôpitaux dans la province, comme celui de Botwood par exemple?

M. House: Un de nos mandats est d'exploiter un système de soins aussi efficace et économique que possible. Beaucoup des anciens hôpitaux que nous avons dans la province ne sont plus efficaces. Les bâtiments sont délabrés, dans certains cas ils ne sont même pas sûrs et les frais de rénovation seraient très importants. Dans le cadre de notre plan quinquennal, nous avons prévu la construction d'hôpitaux dans le but d'intégrer les services. A Grand Falls par exemple il y aura expansion des services. Botwood n'est de toute façon qu'à 20 ou 15 minutes

[Text]

going on, and what we are doing is integrating services. One of the things, for instance, in Grand Falls is there will be an expansion. Botwood is only what, a 20 minutes' drive or so, a 15 minutes' drive, from Grand Falls. The hospital was a primary care unit. With the expansion of Grand Falls, there will be no need for that hospital to be maintained in Botwood, just a clinic. The other commitment we gave the people was that perhaps their biggest need was a chronic care institution and while we would still provide clinical services, we would also provide, down the road, a chronic care institution to look after their most pressing need. Their acute care hospital services would be taken care of in Grand Falls. 9 We closed one, for instance, in Markland a couple of years ago because, of course, it was not serving the purpose of an acute care institution. It was more primary care which can be better handled by a clinic. The rationale for closing these outdated and outmoded hospitals was because we wanted better centralized services and that is backed up by medical practice as well. You cannot build better services and maintain the old ones. The same thing applies to Burin Peninsula, where we are building a new hospital. It would be just nonsense for us to try and maintain the other inefficient buildings. There is another one in a general area that can provide a better service. So that is just the rationale for it.

• 1055

Mr. Baker: I just wanted to object, Mr. Chairman, because, as Mr. House probably knows, I live in Point of Bay and I had to enter the hospital in Botwood very recently. I had a very bad cold.

Mr. Foster: That is why they closed it.

Mr. Breau: You went to the hospital for a cold? That is a waste of expenditure, going to the hospital for a cold.

Mr. Baker: I disagree basically with the philosophy, Mr. House, of centralizing the hospital services. I must admit that your department has done a very good job of communicating to the people on the necessity of it, but I cannot for the life of me understand why the people accept it.

Mr. Hearn: If I might have one comment with respect to that, Mr. Chairman, we are trying to move our health system into the 1980s. We have a health system that was built in the 1930s . . . —small wooden buildings—when the health needs of the population were substantially different from what they are now. We are now assessing those health needs and trying to move into the 1980s, and that is a difficult process in the health system.

The Chairman: Mr. Reid.

Mr. Reid (St. Catharines): Thank you, Mr. Chairman, and welcome, Mr. House. In the interest of time I will be fairly direct myself.

I understood that when you discussed health programs or medicare with your federal counterpart, that discussion did not include costs in relation therewith.

Mr. House: That is right.

[Translation]

de là. Il s'agissait d'une unité de première intervention et avec l'expansion à Grand Falls, il faudra simplement maintenir une clinique à Botwood, bien que nous nous soyons engagés envers la population à maintenir un établissement de soins chroniques, ce qui correspond sans doute aux besoins les plus importants à cet endroit. Quant aux services hospitaliers de soins de courte durée, ils seraient offerts à Grand Falls. Nous avons fermé par exemple un établissement à Markland il y a deux ans parce qu'il n'était pas un établissement de courte durée, mais plutôt de soins de première intervention qui peuvent être donnés beaucoup mieux dans une clinique. La raison pour laquelle nous fermons ces hôpitaux vétustes est que nous voulons des services centralisés et une meilleure concentration de professionnels médicaux. Il est impossible de construire de meilleurs services tout en maintenant les anciens. La même chose s'applique dans le cas de la péninsule de Burin où nous construisons un nouvel hôpital. Il serait tout à fait insensé de maintenir en même temps que ce nouvel hôpital les anciens établissements qui manquent d'efficacité.

M. Baker: Je m'oppose à ceci, monsieur le président. Comme M. House le sait probablement, j'habite à Point of Bay et j'ai dû entrer à l'hôpital de Botwood très récemment pour un très mauvais rhume.

M. Foster: C'est la raison pour laquelle il a été fermé.

M. Breau: Vous voulez dire que vous êtes allé à l'hôpital pour un rhume? Quel gaspillage!

M. Baker: Je ne suis pas d'accord avec cette centralisation des services hospitaliers. Je dois dire que votre ministère a fait un très bon travail de communication avec la population au sujet de la nécessité de tous les changements, mais je ne comprends vraiment pas pourquoi la population est d'accord.

M. Hearn: Nous essayons d'avoir des services d'hygiène dignes des années 1980 et non des années 1930, années au cours desquelles notre système a été établi. A cette époque, les besoins de la population étaient très différents de ce qu'ils sont à l'heure actuelle. Nous sommes en train d'évaluer ces besoins afin de nous moderniser. C'est quelque chose de difficile à faire en matière de santé.

Le président: Monsieur Reid.

M. Reid (St. Catharines): Merci, monsieur le président, et bienvenue, monsieur House. Je serai assez direct étant donné que nous n'avons pas beaucoup de temps.

Si je comprends bien, lorsque vous avez discuté des programmes de santé et de l'assurance-santé avec vos homologues fédéraux, la discussion n'a pas porté sur les questions de coûts.

M. House: C'est bien exact.

[Texte]

Mr. Reid (St. Catharines): I will follow that up by saying that I am assuming, then, that any discussions that your provincial government had with the federal government, related to the established program financing, was through the interprovincial affairs organizations rather than department vis-à-vis department

Mr. House: Yes, the Minister of Finance.

Mr. Reid (St. Catharines): You have already pointed out that in Newfoundland extra billing is not a problem or a concern, except you fear the right of a doctor to opt in or out of the program and, because he never opted in, even his charges would be included as perhaps extra billing.

You also pointed out that user fees were not adopted by Newfoundland as a matter of principle, but by reason of necessity. Where in Newfoundland then, as briefly as you can, are those user fees applied?

Mr. House: At the present time they are applied in hospital beds. We charge \$5 per day for a maximum of 15 days in any one year to people who cannot afford it, I guess. Senior citizens are exempt; people on welfare are exempt. As I stated, I have never received any objection to this. As I have said, when people can live more cheaply in a hospital . . . If you are at home your food will cost you more than \$5 per day. It is a very modest user fee, and we have had no objection. However, that is the only one we have.

There is another one that we put on now—we have certain hospitals that are maintaining people who need chronic care. If they were in a home or in an institution for chronic care, they would be charged a certain amount. In other words, after they are medically discharged, we will be able to charge them as if they were in a home. I believe that is going to be allowed under this particular Bill.

But technically, the people we charge are those people who are not on welfare, or are not senior citizens. It is a modest fee, and the maximum for anyone else in a year would be \$75 or up to 15 days.

• 1100

Mr. Reid (St. Catharines): I am sorry Mrs. Killens is not here. I had the opportunity of going down to Newfoundland with the pension reform task force, and one of the things that was brought home to us by those who appeared before us, was: Leave us alone; just give us a chance and we will make it on our own.

Is there and was there any populist uprising against the hospital charge in Newfoundland that was imposed by the province?

Mr. House: I have been Minister now for five years and I have never received a complaint. Sometimes you get the occasional letter from a person who felt they were overcharged, and I have investigated that. In some cases it did happen, but there was never any reaction from the public,

[Traduction]

M. Reid (St. Catharines): J'en conclus donc que toutes les discussions entre votre province et le gouvernement fédéral portant sur le financement des programmes établis ont été faites par la voie des organisations des affaires interprovinciales et non de ministère à ministère.

M. House: Si, par l'intermédiaire du ministère des Finances.

M. Reid (St. Catharines): Vous avez déjà dit qu'à Terre-Neuve la surfacturation ne représente pas un problème, qu'elle ne préoccupe personne; vous vous inquiétez du droit des médecins à s'affilier ou non au programme et si un médecin ne s'affilie pas ses honoraires seront peut-être considérés comme s'il s'agissait de surfacturation.

Vous avez également dit que les frais modérateurs n'ont pas été adoptés à Terre-Neuve en tant que principe mais parce qu'ils étaient nécessaires. Où ces frais s'appliquent-ils?

M. House: À l'heure actuelle, ils s'appliquent dans le cas des lits d'hôpitaux. Nous demandons 5\$ par jour pour un maximum de 15 jours par année. Les citoyens de l'âge d'or et les assistés sociaux ne paient rien. Comme je l'ai dit, je n'ai jamais reçu d'objection à cela. À la maison, les frais de nourriture s'élèvent à plus de 5\$ par jour. Il s'agit donc de frais très modestes et nous ne voyons aucune objection à les imposer. Ce sont les seuls que nous ayons.

Il y a une autre sorte de frais modérateurs qui prévaut dans certains hôpitaux de soins chroniques. Si ces personnes étaient dans une maison ou une institution de soins chroniques, elles devraient payer un certain montant. Après leur avoir donné leur congé de l'hôpital, nous pourrions imposer des frais modérateurs aux personnes bénéficiant de soins chroniques, comme si ces personnes étaient dans des maisons de santé. Je crois qu'une telle pratique est permise aux termes de la loi.

Cependant, il faut signaler que les personnes qui doivent payer ces frais sont les personnes qui ne sont ni assistés sociaux ni du troisième âge. Il s'agit de frais assez modestes qui s'élèveraient à 75\$ par an ou à 15 jours de soins.

M. Reid (St. Catharines): Je regrette que M^{me} Killens ne soit pas ici. J'ai eu l'occasion de voyager à Terre-Neuve avec le groupe de travail sur la réforme des pensions, et on a souvent souligné le fait qu'on ne voulait pas d'ingérence.

Est-ce qu'il y a ou est-ce qu'il y a eu une réaction publique au tarif imposé par la province sur les services de soins hospitaliers?

M. House: Je suis ministre depuis cinq ans et je n'ai jamais reçu de plainte. Je reçois de temps à autre une lettre d'une personne qui se sent surfacturée, et j'ai fait des enquêtes. Dans quelques cas, c'est la vérité, mais je n'ai jamais eu de réaction publique à ce tarif. On a commencé en imposant 3\$ par jour et il y a deux ans, on a augmenté à 5\$.

[Text]

generally, against this particular charge. Incidentally it started off at \$3 a day and we put it to \$5 a day two years ago.

Mr. Reid (St. Catharines): Up until the introduction of this bill, or just immediately before, you are saying that there was never any intervention by the federal government with respect to that user charge?

Mr. House: No, not to my knowledge. It had to be approved, incidentally, under the . . .

Mr. Reid (St. Catharines): I am just calling it 11 o'clock, Mr. Chairman.

The Chairman: We will carry on for a few more minutes, Mr. Reid. If you want to carry on for a few more minutes, that is fine with me.

Mr. Reid (St. Catharines): I will wait.

The Chairman: I will go to Mr. Foster.

Mr. Foster: I have a couple of short questions to our witnesses, Mr. Chairman.

I note that the federal Department of Health and Welfare in 1982-83 estimates, estimated the medicare expenditures in the province at \$338.8 million and the federal contribution to medicare at \$181.1 million, for a percentage of federal contribution toward that of 53.5%. I take it your figures are based on some other basis than what the federal government's Department of National Health and Welfare based their figures on, are they?

Mr. Hearn: Perhaps, Mr. Chairman, we could have the figures again.

Mr. Foster: Yes, \$138.8 million, medicare expenditures in the province, with federal contributions to medicare of \$181.1 million—a percentage of 53.5.

Mr. Breau: That is for medicare and hospitalization only.

Mr. Hearn: For 1980-81.

Mr. Foster: 1982-83. Doctors and hospitals services.

Mr. Hearn: All I can say, Mr. Chairman, is that we would like to look at the documentation. Our documentation does not show that.

Mr. Foster: I will not spend too much more time on it. You seem to be very determined that the contribution is away below 50% for medicare.

There is another point I wanted to know, perhaps from Mr. Way. Shortly after the Speech from the Throne in December, the federal Minister of Finance indicated that there was an extra \$769 million going for the established programs funding. I think the Minister of National Health and Welfare said that about \$512 million of that would go for the medicare program. Do you know what percentage or how many of those \$512 million additional dollars of the federal government will be going to Newfoundland? I believe that is for the 1983-84 fiscal year.

[Translation]

M. Reid (St. Catharines): Vous dites que jusqu'à la lecture de ce projet de loi, ou juste avant, il n'y avait jamais eu d'intervention du gouvernement fédéral relativement à ce frais modérateur?

M. House: Non, pas que je sache. Ce frais a été approuvé en vertu de . . .

M. Reid (St. Catharines): Je vois qu'il est 11 heures, monsieur le président.

Le président: Nous allons poursuivre pendant quelques minutes, monsieur Reid. Si vous voulez poursuivre pendant quelques minutes, je serai d'accord.

M. Reid (St. Catharines): Je peux attendre.

Le président: Je donne la parole à M. Foster.

M. Foster: J'ai deux ou trois courtes questions à poser à nos témoins, monsieur le président.

Selon les prévisions budgétaires pour l'année 1982-1983 du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, 338,8 millions de dollars sont consacrés aux soins médicaux dans la province et la contribution fédérale s'élève à 181,1 millions de dollars, c'est-à-dire une contribution fédérale de 53,5 p. 100. Vous n'utilisez pas la même base que le ministère fédéral de la santé et du Bien-être social, n'est-ce pas?

M. Hearn: Monsieur le président, nous pourrions peut-être voir les chiffres de nouveau.

M. Foster: Oui, 338,8 millions de dollars pour les soins médicaux dans la province, et la contribution fédérale est de 181,1 millions de dollars, c'est-à-dire 53,5 p. 100.

M. Breau: Ce sont les chiffres pour les soins médicaux et les soins hospitaliers seulement.

M. Hearn: Pour l'année 1980-1981.

M. Foster: Pour l'année 1982-1983. Pour les soins médicaux et les soins hospitaliers.

M. Hearn: Monsieur le président, nous aimerions voir la documentation. Nous n'avons pas les mêmes chiffres.

M. Foster: Je ne veux pas consacrer trop de temps à cette question. Vous semblez être certains que la contribution est de beaucoup inférieure à 50 p. 100 pour les soins médicaux.

J'ai une autre question à poser, peut-être à M. Way. Après le discours du Trône, au mois de décembre, le ministre fédéral des Finances a dit que l'on verserait 769 millions de dollars de plus aux programmes établis. Je pense que le ministre de la Santé et du Bien-être social a dit que, de ce montant, environ 512 millions de dollars seraient consacrés aux programmes de l'assurance-maladie. De ces 512 millions de dollars, savez-vous quel pourcentage sera consacré par le gouvernement fédéral à Terre-Neuve? Je crois que c'est pour l'année financière 1983-1984.

[Texte]

Mr. Way: No, Mr. Chairman, I do not know, and neither do we know whether these are conditional moneys to the already established part of the program. I am not aware of what proportion of these moneys will be coming to Newfoundland, or if indeed these are incremental moneys to the system.

Mr. Foster: I understand they are incremental because of the formula used in calculating the fund. I take it from your statements, Mr. House, that any additional activity by the federal government in trying to promote improved health services in the country, apart from giving more money, would be looked at very negatively by your government.

• 1105

We have had many groups, such as the Canadian Nurses Association and health coalitions, who are urging us to put amendments the Act which would make nurses' services insurable—that we should be promoting alternative modes of delivery of service: store-front, home care, and that kind of thing. It seems to me the federal government is caught here. We are having all kinds of consumer health groups urging us effectively to move into all these areas of traditionally provincial jurisdiction, whereas we are having provincial governments say just send us the cheque and do not ask any questions. I take it that these groups—you would be opposed to any of the actions they are proposing.

Mr. House: I do not exactly know. I have not had too much pressure. I know the Canadian Nurses Association and all the provincial counterparts are trying to get more clout for nurses and get them as the first line of entry.

I believe I have said a number of times that we need more funding and we are willing to document the way we are spending that money in the health care services. I doubt if we would be happy to see direct funding, but we would certainly be willing to document any funding that is awarded through a special arrangement through the federal government. We would certainly document it and give it the visibility and credit for it.

I do not think I understand fully the import of your question. What you are saying is would the province be happy if the federal government directly funded some, I guess, advocacy groups in health care. I know it has been done through local initiative programs and so on, and we have not objected to it.

Mr. Foster: I think it is really the question of modes of delivery. These groups which come before our committee are saying we should be taking the initiative to establish alternative modes of delivery of health care services, whereas it seems to me most provincial governments are saying keep your hands off our constitutional turf. I assume from what you said in your brief this is essentially your position.

Mr. Hearn: If I might, Mr. Chairman, it is not a question of keeping your hands off our provincial turf; it is a question of whose responsibility it is. Frankly, we would like to enter into a co-operative partnership with the federal government, in which

[Traduction]

M. Way: Non, monsieur le président, je ne le sais pas, et nous ne savons pas non plus s'il s'agit de fonds assortis de conditions à ajouter aux programmes établis. Je ne sais pas quel pourcentage de cet argent sera envoyé à Terre-Neuve, ou s'il y aura même une augmentation pour notre province.

M. Foster: Je crois savoir que ce sont des fonds supplémentaires, à cause de la formule employée pour le calcul. D'après vos déclarations, monsieur House, j'ai l'impression que votre gouvernement ne sera d'accord avec aucune activité du gouvernement fédéral dans la promotion des services sanitaires au pays, mis à part l'octroi de fonds supplémentaires.

Nous avons entendu les points de vue de plusieurs groupes tels que l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers, des coalitions de la santé, qui nous exhortent d'apporter des modifications à la loi pour assurer les services infirmiers, et pour promouvoir d'autres façons d'offrir les services dans les bureaux, à domicile, etc. Il y a toutes sortes de groupes de consommateurs qui nous exhortent de faire quelque chose dans des domaines qui relèvent traditionnellement des provinces, tandis que nous entendons aussi des gouvernements provinciaux qui nous demandent de leur envoyer un chèque mais de ne pas poser de questions. Vous seriez donc opposés aux actions que ces groupes proposent.

M. House: Je ne sais pas exactement. Je n'ai pas ressenti trop de pressions. Je sais que l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers, et ses homologues provinciaux, essaient d'obtenir plus de pouvoirs pour les infirmières, et de régler leurs problèmes tout d'abord.

J'ai dit à plusieurs reprises que nous avons besoin de fonds supplémentaires, et nous sommes prêts à indiquer comment nous employons l'argent dans nos services de soins de santé. Nous ne serions pas très contents d'une subvention directe, mais nous serions certainement d'accord pour documenter l'emploi des fonds qui nous sont accordés dans le cadre d'un arrangement spécial avec le gouvernement fédéral. Nous serions d'accord pour le faire et nous serions prêts à reconnaître à qui en revient le mérite.

Je n'ai pas bien saisi la portée de votre question. Est-ce que vous me demandez si la province serait d'accord que le gouvernement fédéral donne des subventions directes aux groupes de promotion dans le domaine des services sanitaires. Je pense qu'on a déjà procédé ainsi pour des programmes locaux et ainsi de suite, et nous ne nous y sommes pas opposés.

M. Foster: Je pense qu'il s'agit de la façon dont ces services sont rendus. Il y a des groupes qui comparaissent devant nous et qui nous demandent de prendre l'initiative en établissant d'autres façons de rendre des services de soins sanitaires, alors que vous dites que les gouvernements provinciaux nous demandent de ne pas toucher à leur juridiction. Je présume que c'est cela que vous dites dans votre mémoire.

M. Hearn: Si vous le permettez, monsieur le président, ce n'est pas une question de ne pas toucher à notre juridiction provinciale, c'est une question de responsabilité. Franchement, nous voulons collaborer avec le gouvernement fédéral, dans

[Text]

we could try the develop the health system. If you take our own province, by any assessment that you could find anywhere, we have a lower level of services than most other provinces in Canada. We spend the highest percentage of our GDP, and we have the lowest per capita expenditure. So for a federal government to be telling us that we cannot find new ways to develop a health system in our province to meet our particular needs is totally unacceptable. I think what we are saying is clearly we would like to enter into a co-operative partnership, not one in which a senior government is saying if you do not do it our way, then you "ain't" going to do it. That is not acceptable.

Mr. Foster: Was that not one of the essential reasons for bringing in the block funding: so there would be more flexibility; the province would not have to spend a buck to get 50¢; they would be guaranteed a certain amount of money and be able to use it more efficiently?

Mr. Hearn: Mr. Chairman, if I might . . . that was precisely one of the reasons, and one of the reasons why we continue to try to rationalize our health system in Newfoundland. But at the same time, over these years we have been saying to the federal government that we have a health system that needs help. We need to build it up to get to a Canadian standard in our province. There is no recognition of that point, because the only point that has been recognized is that we only look at two programs: medicare and hospital insurance. We are not interested in the rest of the health system. Yet the EPF arrangements were supposed to address that question.

Mr. Foster: The other point that I noted in your brief, and that I found a little strange, was that on page 15 you say:

Despite the contributions from federal sources, which I acknowledge freely, that level of government has no direct responsibility to the people of Candada with respect to health care programs.

• 1110

I wonder if that is really acceptable? From a constitutional point of view, it may be correct. But it seems to me that George Baker and the other federal members of Parliament from Newfoundland are representing the federal taxpayers. They paid \$181 million to the Province of Newfoundland in the last fiscal year, 1982-1983. Surely they have a responsibility to ensure that those funds are paid in a way such that they get the most benefit for the people of Newfoundland, in their view, out of the funds expended.

Mr. House: We have agreed, I believe, that under the old Medical Care Act and the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act we had a document. I believe it was alleged that some provinces were not spending the money for health care and it was going into general funds. The Hall Commission was put in place to make a determination as to whether that was happening and he said that the money was being spent for health care. He made that determination in his report. It could not be documented that the money was not being wisely spent and for health care.

[Translation]

une entreprise où nous essaierons de développer le système des soins sanitaires. Prenons le cas de notre province, et employons n'importe quel chiffre, nous avons le niveau le plus bas de services au Canada. Nous dépensons la plus grande partie de notre PIB, et nos dépenses par tête sont les plus basses. Alors, nous n'accepterons pas que le gouvernement fédéral nous dise comment trouver d'autres moyens de développer un système de soins de santé dans notre province. Je pense que nous disons clairement que nous voulons travailler en collaboration, mais pas d'une façon où le gouvernement fédéral nous dira que si nous n'agissons pas à leur gré, nous n'agissons pas. Ce n'est pas acceptable.

M. Foster: N'est-ce pas une des raisons fondamentales du financement en bloc, afin de fournir plus de souplesse; la province n'aura pas à dépenser un dollar pour obtenir 50¢; elle aura un montant garanti, et elle sera en mesure de l'employer avec plus d'efficacité?

M. Hearn: Monsieur le président, si vous le permettez. Il a raison, et c'est une des raisons pour lesquelles nous continuons à rationaliser notre système de services sanitaires à Terre-Neuve. Mais en même temps, nous avons dit au gouvernement fédéral que nous avons un système qui a besoin d'aide. Nous avons besoin de le développer afin d'atteindre le niveau du reste du Canada dans notre province. On ne veut pas reconnaître ce point, car on ne reconnaît que deux programmes: les soins médicaux et l'assurance-hospitalisation. Le reste du système ne nous intéresse pas. Cependant, les arrangements conclus en vertu du financement des programmes établis étaient censés résoudre cette question.

M. Foster: L'autre chose que j'ai constatée dans votre mémoire qui me semblait un peu étrange, c'est que vous dites à la page 15:

Malgré les contributions du gouvernement fédéral, que je reconnais, ce palier de gouvernement n'est pas directement comptable envers les Canadiens en ce qui concerne les programmes de services de santé.

Je me demande si c'est vraiment acceptable. Du point de vue constitutionnel, c'est peut-être correct. Mais il me semble que George Baker et les autres députés de Terre-Neuve représentent les contribuables fédéraux. Ils ont versé 181 millions de dollars à la province de Terre-Neuve pour l'année financière 1982-1983. Tout de même ils ont la responsabilité de s'assurer que ces fonds sont payés de telle façon à donner plus de bénéfices aux Terre-neuviens.

M. House: Je pense que nous avons reconnu qu'avec les vieilles Lois sur les soins médicaux et sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, nous avons un document. On a prétendu que quelques provinces n'ont pas dépensé l'argent pour les soins sanitaires et que l'argent était mis dans des fonds généraux. La Commission Hall a été chargée de déterminer si c'était le cas, et elle a conclu que l'argent était dépensé pour les soins sanitaires. C'est ce qu'a dit le juge dans son rapport. On n'a pas pu prouver que l'argent n'était pas

[Texte]

We have also said that we are quite willing and able to give visibility to the federal presence in the amounts of money that are being spent. I guess we are saying the problem is that it is very difficult for those of us who have to deliver the health care system, with the number of dollars we have, and there is a declining percentage ratio due to the factors that I mentioned. The federal government is supporting it on the basis of the growth in the economy, which may or may not have a relationship to the needs, and I gave an indication of what these needs were. So when you say we cannot put on a user fee, we cannot extra-bill, that you are going to penalize us, I say that that is an interference. You are telling us how to govern, how to fulfil our responsibilities and I do not believe that is right or proper. I think the maximum that you should be able to demand is that we spend the dollars that you put into it efficiently and well and for the purpose determined, without telling us how we can raise our funds.

The Chairman: Thank you, Dr. Foster.

On these additional moneys that were due to you under the Speech from the Throne, you were entitled to them anyway, but you do not know just how much you are going to be getting under the EPF, when would you expect to be able to have that information?

Mr. Way: We could get it fairly quickly. Probably the officials in our Department of Finance would have it now, if indeed there are additional moneys available. Normally, if it is \$700 million, or whatever, maybe 2.5% might come to Newfoundland. That is our share of the population. But it is my understanding, although I cannot quote this with any authority because I do not recall it directly, that these amounts are really in respect of some prior year adjustments and entitlements in other years.

Mr. Epp: In your moving average.

Mr. Way: Yes. So, in effect, they are not really incremental moneys to the system.

The Chairman: I think there is no real argument about that general principle. But the fact is that there are new moneys coming to you. It was announced in early December last year that they would be coming; of course, this is the middle of February now. I just wonder... There is no argument in principle that you are entitled to them under the old formula and all that, but it still is more money. I was just wondering when you would expect to see some of that, that is all.

Mr. Way: I do not know. I guess it will come in with the normal cashflow under the Fiscal Arrangements Act. In effect, the province, over the past year, has accumulated a \$70 million deficit, so it does not mean that we can go out and reopen hospital beds, and so on.

• 1115

The Chairman: But some of that should be coming to your department, should it not?

[Traduction]

dépensé sagement et qu'il n'allait pas aux services de soins sanitaires.

Nous avons aussi dit que nous sommes prêts à attribuer le mérite au gouvernement fédéral pour les montants d'argent que nous dépensons. Nous disons qu'il nous est difficile d'assurer des soins avec l'argent dont nous disposons, et qu'il y a un pourcentage décroissant à cause des facteurs que j'ai mentionnés. Le gouvernement fédéral nous finance en fonction de la croissance de l'économie, ce qui n'a peut-être aucun rapport avec nos besoins, et je vous ai parlé de nos besoins. Quand vous dites que nous ne pourrions pas appliquer de frais modérateurs, que nous ne pourrions pas surfacturer, que vous allez nous pénaliser, j'appelle cela de l'ingérence. Vous nous dites comment gouverner, comment nous acquitter de nos responsabilités, et je ne pense pas que vous en ayez le droit. Je pense que vous ne pouvez que demander que nous dépensions l'argent que vous nous accordez avec efficacité aux fins préétablies, sans nous dire comment nous pouvons nous procurer nos fonds.

Le président: Merci, monsieur Foster.

Vous avez droit aux fonds supplémentaires que vous dites être accordés en vertu du discours du Trône, mais vous ne savez pas combien vous recevrez en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis. Quand vous attendez-vous de recevoir ces renseignements?

M. Way: Nous pouvons les obtenir assez rapidement. Il est possible que les fonctionnaires du ministère des Finances les aient déjà, si ces fonds supplémentaires sont disponibles. D'habitude, s'il s'agit de 700 millions de dollars, environ 2,5 p. 100 est alloué à Terre-Neuve. C'est notre partie de la population. Je crois savoir, mais je ne peux pas citer avec certitude parce que je ne me souviens pas exactement, que ces montants représentent des rajustements pour l'année précédente et des droits découlant d'autres années.

M. Epp: Dans votre moyenne.

M. Way: Oui. Alors, il ne s'agit pas vraiment de fonds supplémentaires pour le système.

Le président: Je ne pense pas que l'on soit contre le principe de base. Il y a de l'argent supplémentaire qui vous est dû. On l'a annoncé au mois de décembre de l'année passée, et nous sommes à la mi-février maintenant. Je me demande... Nous ne sommes pas contre le principe que vous avez droit à l'argent selon la vieille formule, mais il vous reste encore de l'argent. Je me demande quand vous vous attendez à recevoir une portion de cet argent, c'est tout.

M. Way: Je ne le sais pas. Je suppose que nous le recevrons avec d'autres fonds en vertu de la Loi sur les accords fiscaux. En effet, la province a accumulé un déficit de 70 millions de dollars l'année passée, alors cela ne veut pas dire que nous pourrions établir d'autres lits dans des hôpitaux, et ainsi de suite.

Le président: Mais une partie devrait en être versée à votre ministère, non?

[Text]

Mr. Way: Oh yes.

The Chairman: In effect.

Mr. Way: Yes, to the province . . .

Mr. Breau: It goes to the Minister of Finance of the province.

Mr. Way: —It comes in to the consolidated revenue fund of the province.

The Chairman: But you would be asking for your share, in effect, would you not? Is that too simplistic?

An hon. Member: Well it would depend on . . .

The Chairman: I would like to hear what the witness says. Would you be looking for your share of those new moneys, those extra moneys?

Mr. House: Well they are not new moneys as Mr. Way is explaining. It is a favourable variance, I guess, as you look back at it. It is what they call a favourable variance; there is more coming in by virtue and effect . . .

Mr. Breau: It is new money, but you never got any before.

Mr. House: I know.

The Chairman: Order, please.

Mr. House: It is a prior adjustment that goes into the general revenue. Under the present medicare program that we have, what we have to do is to point out to Federal Health and Welfare that this is the way we are spending this money. There is nothing magical about it. It was just that there happened to be more than we had expected because the adjustment was properly made, I suppose.

For instance, I believe we got less in for equalization than we anticipated and perhaps a bit more for the EPF. But the money was spent and will be spent in the health care system—there is no question about that.

The Chairman: Yes. I shall just have Mr. Breau on a second round, and I think we will try to wrap up fairly quickly. I do not want to impose upon our witnesses too much longer. Mr. Breau.

Mr. Breau: I understand your message, Mr. Chairman. I do not want to argue with my friends from Newfoundland, because I agree that Newfoundland is a province that needs more assistance. I repeat that I am one of those who fights for more assistance for the Atlantic provinces.

I just want to agree with one of the things that the Deputy Minister said, that this 50-50 was a myth. It is true that it is a myth. It was never 50-50 in any one province. It was 50% generally across the country. In the case of Newfoundland, in fact, it was more than 50% before EPF; it was 56%, if you count medicare and hospitalization. Now, if you count only those two, it would be about 53.5% for 1982-1983.

[Translation]

M. Way: Oui.

Le président: En effet.

M. Way: Oui, à la province . . .

M. Breau: Cette somme est versée au ministre des Finances de la province.

M. Way: Elle est versée au fonds du revenu consolidé de la province.

Le président: Mais vous seriez en droit d'exiger votre part, n'est-ce pas? Est-ce trop simpliste comme raisonnement?

Une voix: Cela dépend de . . .

Le président: J'aimerais entendre ce que le témoin a à dire. Chercheriez-vous à obtenir votre part de cet argent supplémentaire?

M. House: Il ne s'agit pas vraiment d'argent supplémentaire comme M. Way l'expliquait tout à l'heure. Il s'agit d'une variante favorable si vous voulez. C'est ce qu'on appelle une variante favorable; de l'argent supplémentaire entre à cause . . .

M. Breau: C'est de l'argent supplémentaire, mais vous n'en avez jamais obtenu auparavant.

M. House: Je sais.

Le président: À l'ordre, s'il vous plaît.

M. House: Il s'agit d'un rajustement qui est versé au revenu général. Aux termes de l'actuel programme d'assurance-santé, nous devons faire savoir au ministère de la Santé et du Bien-être social fédéral à quoi nous consacrons cet argent. Rien n'est mystérieux. Il y avait tout simplement plus d'argent que nous l'espérions parce que ce rajustement avait été fait de façon exacte, je suppose.

Par exemple, je crois que nous avons eu moins d'argent au titre de la péréquation que ce à quoi nous nous attendions et peut-être un peu plus au titre du financement des programmes établis. Mais cet argent a été consacré et sera consacré au système d'assurance-santé, il n'y a aucun doute.

Le président: Bien. Je veux donner la parole à M. Breau pour son deuxième tour et ensuite nous essaierons de mettre un terme à cette séance rapidement. Je ne voudrais pas faire languir trop longtemps nos témoins. Monsieur Breau.

M. Breau: Je comprends, monsieur le président. Je ne veux pas me disputer avec mes amis de Terre-Neuve, car je sais que cette province a besoin d'aide complémentaire. Je le répète, je fais partie de ceux qui se battent pour que les provinces atlantiques puissent obtenir plus d'aide.

Je voudrais simplement dire que je suis d'accord avec ce que le sous-ministre a dit, à savoir que ce partage 50-50 était un mythe. C'est tout à fait vrai. Cela n'a jamais été ainsi dans aucune province. Ce chiffre était de 50 p. 100 dans tout le pays. Pour ce qui est de Terre-Neuve, c'était un peu plus de 50 p. 100 avant le financement des programmes établis; c'était en fait 56 p. 100, si on tient compte de l'assurance-santé et de l'assurance-hospitalisation. Mais si vous ne tenez compte que de ces deux assurances, ce chiffre se situera aux alentours de 53,5 p. 100 pour l'année 1982-1983.

[Texte]

I know what you are doing; you are not counting the equalization of the tax point. The tax transfer is separately equalized to make sure that a tax point in Newfoundland is equal to a tax point in Alberta, and your table—and you are not being dishonest about it—does not include associated equalization of the tax transfer. So you are not being dishonest, but you have got to include that because the act provides that part of your contribution is a tax transfer, and your tax transfer is equalized, and I think that is where the discrepancy is.

If we take the overall expenditures, and I do not want to suggest that this is enough or that you should not have more, but the fact is that in 1975-1976, if we take all the health expenditures in Newfoundland, not only medicare and hospitalization, the federal contribution was 42.6%. It is now 46.8%, so the federal contribution is doing better in Newfoundland now than it was in 1975-1976. That does not mean it is enough. I am sure that in that large province you have, which includes Labrador—since the Quebec Members have left, we can say it includes Labrador . . . I know that you could probably use some more. But those are the facts that I have, and the federal contribution in 1983-1984 would be \$221.7 million in this present fiscal year. \$200.4 million for medicare and hospitalization and \$21.2 million for extended health care: that adds up to \$221.7 million.

But anyway, if the message in all of this is that the Province of Newfoundland needs more assistance, I agree. But I just want to make sure that the facts, at least my interpretation of the facts, are on the record. The Deputy Minister has put his interpretation of the facts on the record. Maybe 5 years from now, 10 years from now somebody else will have the same argument. But I think it is important, despite the fact we ask for more from the Atlantic provinces, that we do recognize that EPF was structured in a way that did give more assistance to the Atlantic provinces, precisely because of what Justice Hall said, that we needed more money for more development of the health care system, and the day may come when we still need some more.

[Traduction]

Je sais ce que vous faites; vous ne tenez pas compte de la péréquation des points fiscaux. Les transferts fiscaux sont égalisés séparément pour s'assurer qu'un point fiscal à Terre-Neuve correspond bien à un point fiscal en Alberta et votre tableau, et vous ne le niez pas, ne comprend pas la péréquation du transfert fiscal. Vous n'êtes pas malhonnêtes, mais vous devez en tenir compte car la loi stipule que cette partie de votre contribution correspond à un transfert fiscal: ce transfert fiscal est égalisé et je pense que c'est là que le bât blesse.

Si l'on tient compte des dépenses globales, et je ne veux pas un instant donner à penser qu'elles suffisent ou qu'elles ne suffisent pas, mais le fait demeure que, en 1975-1976, si nous avions tenu compte de toutes les dépenses consacrées à la santé à Terre-Neuve, et je ne parle pas simplement de l'assurance-santé de l'assurance-hospitalisation, la part du gouvernement fédéral aurait été de 42,6 p. 100. Elle est maintenant de 46,8 p. 100 et par conséquent, la contribution fédérale a augmenté à Terre-Neuve par rapport à l'année 1975-1976. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle suffise. Compte tenu de cette grande province qui est la vôtre, puisqu'elle comprend le Labrador depuis que les députés du Québec l'ont quitté, je sais que vous pourriez vraisemblablement en utiliser davantage. Mais voilà les faits, et la contribution fédérale en 1983-1984 sera de 221,7 millions de dollars dont 200,4 millions pour l'assurance-santé et l'assurance-hospitalisation et 21,2 millions de dollars pour les soins de santé complémentaires, ce qui fait un total de 221,7 millions de dollars.

Mais de toute façon, si vous laissez entendre que la province de Terre-Neuve a besoin d'une aide complémentaire, je suis tout à fait d'accord. Mais je veux simplement m'assurer que ces faits, du moins l'interprétation que j'en fais, soient énoncés officiellement. Le sous-ministre a lui-même énoncé sa propre interprétation des faits. Peut-être que dans cinq ans ou dans dix ans quelqu'un d'autre présentera le même argument. Je crois qu'il est important de reconnaître, malgré le fait que nous en demandions davantage des provinces atlantiques, que le financement des programmes établis a été structuré de telle façon qu'il accorde une plus grande aide aux provinces atlantiques pour les raisons citées par le juge Hall, c'est-à-dire que nous avions besoin d'argent supplémentaire pour parfaire le système de santé et un jour viendra où nous aurons encore besoin de plus d'argent.

• 1120

The Chairman: Mr. Minister, the last word is yours.

Mr. Hearn: Mr. Chairman, you perhaps have the classic difficulty now with the federal government being demonstrated here today. It is a question of interpretation of the figures. No matter what the figures are, we still have the problems, and those are not going away; in fact, they are getting greater by the day and by the year. We, in a small province such as ours, with the kind of geography we have, are not in a very comfortable position when we have a federal government saying they are paying more and more each year for a shrinking health service.

Le président: Monsieur le ministre, à vous le dernier mot.

M. Hearn: Monsieur le président, nous sommes sans doute en présence du problème classique que présente le gouvernement fédéral aujourd'hui. Je veux parler de l'interprétation des statistiques. Quelles qu'elles soient, les problèmes demeurent et ne sont pas aplanis; en fait, ils prennent jour après jour et année après année de l'ampleur. Dans une province aussi petite que la nôtre, et compte tenu de notre géographie, nous ne sommes pas en position très confortable lorsque le gouvernement fédéral nous dit qu'il consacre de plus en plus d'argent chaque année à un service médical qui se réduit comme une peau de chagrin.

[Text]

I guess our overall problem is not acknowledging contribution. Certainly, if we can resolve the numbers to anybody's satisfaction . . . I do not think at any time we have said as a province that we are not prepared to acknowledge the contribution; quite clearly, we are. But at the same time, we would like some acknowledgment, at least once, that there is a problem with respect to funding of health services in Newfoundland, because clearly that is the case, and anybody who wishes to look will see that without having to look very far.

Mr. Breau: I recognize that, I assure you.

The Chairman: Thank you very much, Mr. Minister. We were very pleased to have you today and we just want to thank you again for coming.

Mr. House: It was a real pleasure to have been here. We were delighted to be able to come and present our case.

I have had the figures before me that are documenting our case, and I will just mention here that our costs last year for 1983-1984 were \$490 million, and we see a total tax transfer, cash only, from the federal government of \$178.2 million. I am not including . . . What I have here is \$178.2 million, and that excludes equalization. Equalization is not necessarily for health care.

So they are the figures I have. They are the only ones I have, and I cannot argue back. But certainly, I have been delighted to put them before this committee and I am hopeful we can carry on and deliver a good health care service in our province; of course, with the help of the federal government.

The Chairman: Thank you again very much.

We will adjourn until Monday at 9.00 a.m.

[Translation]

Le problème ne vient pas de ce que nous ne reconnaissons pas la contribution faite par le gouvernement fédéral. Il est certain que si nous pouvions résoudre ce problème de chiffres à la satisfaction de tout le monde . . . Je ne crois pas qu'on ait jamais dit un jour que nous n'étions pas disposés à reconnaître cette contribution; au contraire. Mais en même temps, nous voudrions que le gouvernement fédéral reconnaisse, au moins une fois, que le financement des services de santé à Terre-Neuve pose des problèmes, car c'est manifestement le cas et quiconque voudrait se pencher sur la situation n'aurait pas beaucoup de mal à le reconnaître.

M. Breau: Je le sais, soyez-en certain.

Le président: Merci beaucoup, monsieur le ministre. C'est avec plaisir que nous vous avons rencontrés aujourd'hui et nous vous remercions d'être venus.

M. House: Tout le plaisir était pour nous. Nous avons été ravis d'avoir été invités et de présenter notre point de vue.

J'ai maintenant en main les statistiques qui me permettent d'illustrer notre cas et je vous dirai simplement que nos frais l'année dernière pour 1983-1984 se sont élevés à 490 millions de dollars et le gouvernement fédéral ne nous a donné que 178.2 millions de dollars en transfert fiscal sous forme d'argent liquide. Ce chiffre est de 178.2 millions de dollars à l'exclusion de la péréquation car cette dernière ne s'applique pas nécessairement aux soins médicaux.

Voilà donc les chiffres que j'ai en main. Ce sont les seuls qui soient à ma disposition et je ne peux donc pas contester ce que vous dites. Mais c'est avec plaisir que je les ai présentés au Comité et j'espère que nous pourrions, à l'avenir, offrir de bons services médicaux dans notre province avec l'aide du gouvernement fédéral évidemment.

Le président: Merci beaucoup.

La séance est levée et nous reprendrons nos travaux lundi à 9 heures.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing Centre,
Supply and Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Centre d'édition du gouvernement du Canada,
Approvisionnement et Services Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Province of Newfoundland:

The Honourable H.W. House, M.H.A., Minister of Health;
Mr. Frederick Way, Assistant Deputy Minister, Intergovernmental Affairs;
Mr. Ambrose Hearn, Deputy Minister, Department of Health.

De la province de Terre-Neuve:

L'honorable H.W. House, ministre de la Santé;
M. Frederick Way, sous-ministre adjoint, Affaires intergouvernementales;
M. Ambrose Hearn, sous-ministre, ministère de la Santé.

103 .

BINDING SECT. AUG 7 1985

